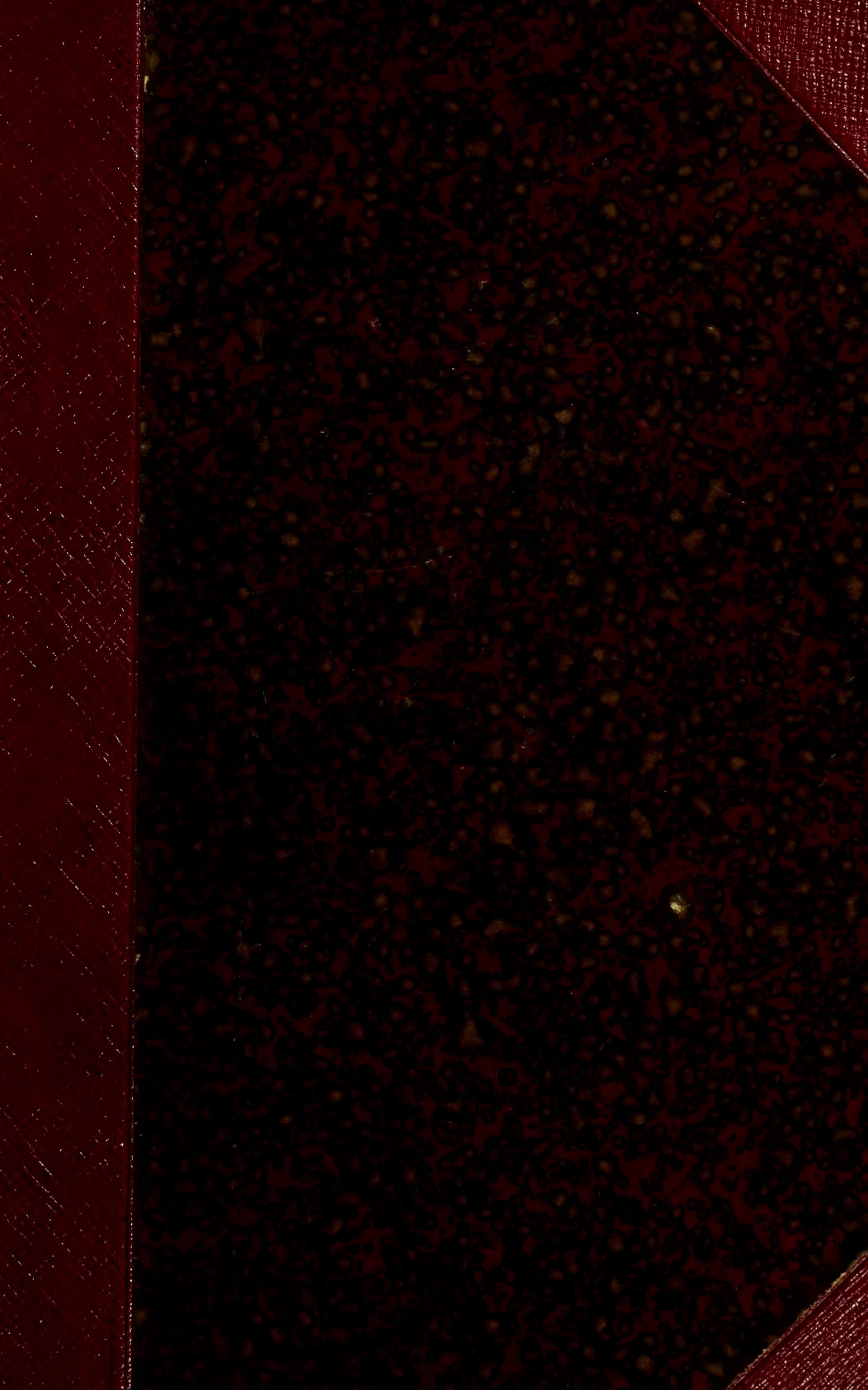
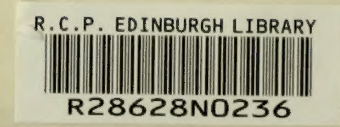



R.C.P. EDINBURGH LIBRARY
R28628N0236

Dr Ch. SOULEYRE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

NEURASTHÉNIE

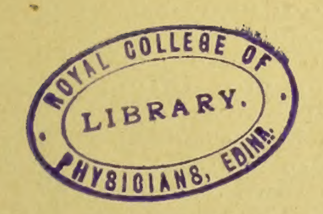
ET

GÉNITOPATHIES FÉMININES

Étude

DES FORMES UTÉRINES SECONDAIRES

DE LA NÉVROSE



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE et FILS.

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1898

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons souvent porté notre intérêt, grâce à des circonstances particulières, sur les affections si nombreuses de l'appareil génital féminin.

Nous avons été frappé de l'importance souvent prédominante des troubles nerveux qui accompagnent ou suivent ses altérations. Dans le plus grand nombre des cas qu'il nous a été donné d'observer, la nature neurasthénique de ces troubles ne pouvait être mise en doute.

Nous avions crus tout d'abord qu'il s'agissait là d'un fait banal, mais des recherches bibliographiques ultérieures, nous ont démontré qu'au contraire les rapports de la névrose avec les troubles génitaux avaient été le plus souvent négligés ou laissés dans l'oubli, depuis l'apparition de cette dernière dans le domaine neurologique et malgré les travaux qu'elle a inspirés.

Il existe bien en réalité quelques mémoires ou quelques articles qui relatent et précisent ces rapports ; les traités modernes de gynécologie en font quelquefois mention mais avec la plus grande brièveté. En un mot l'étude complète de la neurasthénie utérine dans un ouvrage d'ensemble fait encore défaut. Nous avons entrepris de faire de sa forme secondaire le sujet de notre thèse inaugurale. Il

importe de bien préciser cette distinction en formes primitive et secondaire. La première est la neurasthénie classique. Elle apparaît et se développe sous l'influence de toutes les causes de surmenage, intellectuel, moral ou psychique ou encore à l'occasion des traumatismes. Elle frappe du premier coup les centres nerveux supérieurs et atteint d'emblée son maximum d'intensité. Elle peut déterminer des localisations génitales dont l'ensemble constituera la neurasthénie utérine primitive. La deuxième forme est secondaire aux altérations de l'appareil utéro-ovarien. Primitive dans son principe et dans sa nature, elle survient à l'occasion de ces altérations par leur retentissement, soit sympathique, soit spino-cérébral. Elle apparaît longtemps après le début de la lésion locale et se développe peu à peu selon le degré de vulnérabilité du système nerveux dans son tout ou dans ses parties. Lorsque son existence est confirmée elle peut par une sorte de choc en retour donner lieu sur l'appareil génital aux mêmes localisations que la forme primitive. Nous considérons ces localisations secondaires comme une forme mixte. C'est surtout la forme secondaire pure qui fait l'objet de notre travail. Nous signalerons en passant, mais sans nous y arrêter, les principaux caractères de la forme mixte.

Nous ne nous dissimulons pas que l'ensemble de notre tâche présente des difficultés considérables, dont nous ne sommes pas toujours venu à bout, qu'elle laisse subsister encore bien des lacunes et prête le flanc à bien des critiques ; néanmoins nous avons apporté dans nos recherches bibliographiques et dans la rédaction de ce travail les soins les plus consciencieux.

Nous avons eu l'honneur d'être aidé en cela par l'extrême bienveillance et les conseils autorisés d'un maître éminent et distingué. M. le docteur Siredey, médecin des hôpitaux, a bien voulu diriger nos efforts, contrôler leur résutat et rectifier celles de nos appréciations qui auraient pu être erronées. Nous l'en remercions vivement et l'assurons de notre entière et sincère gratitude. Nous devons aussi à la vérité de déclarer que notre tâche a été singulièrement simplifiée par l'excellent mémoire sur la neurasthénie utérine dont il est l'auteur ; que nous y avons fréquemment puisé et que nous nous en sommes souvent inspiré.

Nos observations pourront peut-être paraître incomplètes. Cela tient à ce que les femmes dont les lésions génitales se doublent de la névropathie sont excessivement rares dans la clientèle hospitalière. Ces cas sont au contraire très communs dans la clientèle médicale privée. C'est grâce à l'obligeance de notre oncle, M. le docteur Séréno que nous avons été à même d'en observer.

Mais nous n'avons pu en faire la relation clinique avec toute la régularité et la méthode que nous aurions pu y apporter si leur existence dans les classes hospitalières nous avaient permis d'en suivre l'évolution jour par jour et point par point.

Ces observations ont été prises dans la classe moyenne, ou dominent les ouvrières et les employées, c'est dire qu'elles ne relatent aucun cas de neurasthénie à forme féminine, attribut des femmes élevées dans l'opulence et l'oisiveté.

Le plan général de notre travail comprend trois grands

chapitres. Le premier a trait à la neurasthénie en général ; nous y exposons les conceptions nosographiques et pathogéniques dont nous nous inspirons dans les pages qui suivent.

Le deuxième concerne l'étude des génithopathies primitives de toute nature dans leur rapport apparent de cause à effet avec la neurasthénie.

Le troisième chapitre enfin comprend l'étude étiologique, symptomatique, clinique, pathogénique, pronostique, diagnostique et thérapeutique de la neurasthénie utérine secondaire dans son ensemble.

Arrivé au terme de nos études médicales nous avons à cœur d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui par leurs conseils et par leurs enseignements ont contribué à notre instruction

Nos débuts comme stagiaire dans l'excellent service de M. le docteur Duguet, à Lariboisière, nous ont permis d'apprécier la rectitude des jugements cliniques de ce maître éminent, l'intérêt qu'il prodigue à ses élèves. Nous lui adressons ici nos remerciements les plus sincères.

M. le docteur Chaput, dont nous avons été l'externe, n'a cessé de nous témoigner une extrême bienveillance. L'amitié qu'il nous a accordée a été pour nous un honneur auquel nous avons été particulièrement sensible et dont nous lui gardons la plus grande gratitude.

MM. les docteurs Bourcy et Potherat ont droit à nos hommages les plus respectueux et les plus reconnaissants, pour l'accueil si sympathique dont nous avons été l'objet de leur part dans leur service, pour les bénéfices scienti-

fiques que nous avons retiré de notre séjour auprès d'eux.

Nous avons eu la bonne fortune d'accomplir notre troisième et dernière année d'externat dans le service de M. le docteur Hirtz. Nous ne saurions trop lui déclarer quel excellent souvenir nous gardons de ses si intéressantes leçons cliniques au lit du malade, de son enseignement si complet et si captivant. Nous avons trouvé auprès de ce maître une bienveillance sans égale ; ses conseils nous ont été prodigués si généreusement et avec tant de cordialité qu'ils ont laissé dans nos souvenirs une place a bon droit impérissable. Puissent ces quelques lignes lui montrer quelle dette de reconnaissance nous avons contractée envers lui. Puissent-elles lui exprimer, si imparfaites et si insuffisantes qu'elles soient, à quel point nous nous avons été touché du grand honneur qu'il nous a fait en nous accordant son amitié.

M. le docteur Maygrier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, a dirigé nos efforts dans l'étude de l'obstétrique, avec son talent et sa sûreté de diagnostic habituels. Son riche et beau service de Lariboisière a été pour nous un champ fécond où nous avons puisé à pleines mains les principes de l'art des accouchements. Nous saisissons ici avec empressement l'occasion de lui en manifester nos vifs remerciements.

Nos anciens internes et amis M. le docteur Schwab, MM. Lenoble, Chéron et Bernheim ont laissé dans notre estime une place toute particulière pour l'affabilité dont nous avons été l'objet de leur part, pour la bonne direction que leurs conseils ont imprimé à nos études.

Nous adressons à tous nos amis l'expression de nos sentiments les plus dévoués et les remercions de la fraternelle camaraderie qu'ils nous ont toujours témoignée.

Qu'il nous soit permis d'adresser une fois de plus un nouveau témoignage de notre inaltérable reconnaissance à ceux qui, dans les circonstances critiques que des événements malheureux nous ont fait traverser, se sont fait nos bienfaiteurs. Leur grande générosité nous a permis de ne pas interrompre le cours de nos études et d'arriver au but que nous nous étions assigné. Nous ne saurions leur exprimer en quelques lignes la force et la grandeur des sentiments que leur conduite nous a inspiré à leur égard.

Qu'ils veuillent bien nous excuser et croire au souvenir profond et impérissable que nous conservons de leur bonté.

M. le professeur Debove a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

HISTORIQUE

Les relations qui existent entre les affections des organes génitaux internes de la femme et les diverses névroses ont été observées et étudiées de tout temps. Les travaux et les discussions sur l'origine utérine de l'hystérie sont innombrables et remontent à la plus haute antiquité. Engelmann (1880) Berthier (1874) Fourcauld (1879) Barié (1877) ont montré le nombre et la fréquence des accidents nerveux de toute nature consécutifs aux troubles des fonctions utéro-ovariennes et à la ménopause. Parmi les anciens gynécologistes, Barnes, Bennett, Courty, Aran, Bernutz et Goupil ont longuement insisté sur les troubles nerveux, déterminés par les lésions génitales ; il est facile de trouver dans leur description les signes de plus d'un symptôme de la neurasthénie. Mais l'apparition de cette dernière en tant qu'entité clinique remonte à peine à 1880, époque à laquelle Beard fit paraître son fameux mémoire où il décrit la maladie qui porte son nom. Depuis, les travaux se sont multipliés et chacun d'eux a apporté un élément de plus au domaine de la nouvelle névrose ressuscitée de l'ancien nervosisme. Charcot, dans ses Leçons du mardi à la Salpêtrière a complété et achevé son étude avec le génie et l'autorité qui le caractérisent. Mais les relations de la névropathie avec les affections génitales n'ont été qu'à peine ébauchées, malgré le grand nombre de mé-

moires qu'elle a inspirés. Parmi les neurologistes, Weir-Mitchell le premier en 1881 a attiré l'attention sur sa forme féminine. Glénard en 1887 a publié toute une série de travaux sur la fréquence et l'importance des ptoses que, le premier, il a mis en lumière. Bouveret et Levillain en 1891 ont indiqué quelques-uns des rapports de la névrose avec les altérations génitales. Blocq en 1891, Huchard en 1892 ont étudié et décrit les algies. Avec ces auteurs, Weill, en 1892, a rattaché la plupart de ces troubles de la sensibilité à des altérations fonctionnelles des centres psychiques qui président à leur processus physiologique. En 1893, Vigouroux soutient l'origine exclusivement arthritique de la neurasthénie et en formule un traitement pathogénique. Mathieu en 1894 fait paraître un excellent travail ou il esquisse les formes génitales. Levillain et Veuillot, en 1896, essayent de distraire de la forme classique un groupe de symptômes dont ils font les états neurasthéniformes. Gilles de la Tourette, en 1898, dans une leçon clinique récente, se prononce catégoriquement pour l'existence d'états neurasthéniques ; il y a là une nuance qui infirme la tentative précédente. Cette névrose a déjà inspiré de nombreuses thèses dont celles de Blanc-Champagnac (1890), de Weill (1892), de Merge (1893), de Boissier (1894), de Merlier (1895), de Ducroux (1895), de Veuillot (1896), sont les plus importantes. Du côté des gynécologistes modernes, on rencontre une indifférence à peu près complète pour une affection qui les intéresse pourtant de si près. Il y a néanmoins des exceptions. En 1894, Chéron distingue une forme utéro-gastrique. Jacobs (de Bruxelles) signale la nature neurasthénique de

la plupart des grandes névralgies pelviennes. — Doleris et Pichevin en 1896, aggrandissent le domaine génital de la névropathie et indiquent le plus grand nombre des phénomènes auxquels donnent lieu ses localisations sur l'appareil génito-ovarien. Pozzi, la même année, fait soupçonner la névrose plutôt qu'il ne la signale, comme une conséquence fréquente des affections utérines. Pichevin, en 1897, reprend la question au point ou il l'avait laissée et étudie les déterminations génitales ou péri-génitales de la neurasthénie à forme primitive. Il indique les confusions possibles avec les génitopathies de nature organique. Auvard, dans son *Traité de gynécologie*, considère l'hystéralgie comme un phénomène presque toujours neurasthénique. La même appréciation a été émise pour l'ovarialgie par Charcot et plus tard par Mathieu. Jayle a publié un mémoire sur les effets physiologiques éloignés de la castration chez la femme et a mis en évidence la nature et la fréquence des troubles neurasthéniques post-opératoires. Dernièrement, M. Siredey a le premier entrepris l'étude de la neurasthénie utérine dans une monographie des plus intéressantes à laquelle nous avons eu souvent recours.

En tout dernier lieu il faut signaler le *Traité de gynécologie* de Labadie-Lagrave et Legueu, ou il est fait une courte mention des troubles neurasthéniques utérins.

NEURASTHÉNIE EN GÉNÉRAL

NOSOGRAPHIE

S'il est une affection qui ait donné lieu aux divergences d'appréciations les plus considérables au sujet de ses caractères nosographiques, c'est bien la neurasthénie. Entrevue par les auteurs anciens dans le nervosisme, décrite et créée de toutes pièces par Beard en 1880, elle a été depuis cette époque l'objet d'une foule de travaux, dont quelques-uns très considérables et très importants. Cette abondance de documents, dont chacun ajoute à la richesse déja si grande de la symptomatologie de la neurasthénie, n'a pas peu contribué, en voulant faire la lumière, a créer la confusion. C'est pour obvier à cet état de choses que, l'illustre Maître de la Salpétrière, Charcot, entreprit de faire pour la neurasthénie ce qu'il avait fait pour l'hystérie, c'est-à-dire de créer des points de repères fixes, en un mot des stigmates. Etait-ce vouloir diminuer et retrécir le domaine de la nouvelle venue dans la grande famille neurologique ? Non, à notre avis Charcot n'a pas voulu canaliser en quelque sorte le champ de la neurasthénie pour le réduire à ses seuls stigmates. Il a simplement eu l'intention de caractériser celle-ci par quelques-uns de ses traits les plus fréquents et les plus constants. Le

groupe si nombreux et si varié des caractères secondaires subsiste intact dans sa richesse et son importance, et les tentatives d'annihilation dont il a été l'objet nous paraissent dépasser singulièrement la pensée du maître.

Mais avant d'aller plus loin jetons un coup d'œil d'ensemble sur les caractères nosographiques de cette affection et les appréciations émises à ce sujet par les auteurs compétents. Beard a défini la neurasthérie « une maladie nerveuse fonctionnelle chronique qui repose sur un appauvrissement de la force nerveuse, provenant d'une irritation reflexe, laquelle naît dans différentes parties du corps de troubles circulatoires ». D'après Bouveret « c'est une affection sans lésion organique, une névrose pouvant atteindre toutes les parties, non seulement du système cérébro-spinal, mais aussi du système de la vie organique, caractérisée par un affaiblissement durable de la force nerveuse ». Pour Mathieu « la neurasthénie est un état de faiblesse irritable du système nerveux, indépendant d'une lésion, d'un trouble de la nutrition, d'une auto-intoxication dont on puisse dès maintenant indiquer la nature et caractérisé par un ensemble de symptômes dont Charcot en a fait les stigmates »

Glénard dans la *Revue de médecine* de janvier 1887 écrit : « la neurasthénie est le syndrôme morbide dans lequel tout les systèmes, tous les appareils, tous les organes sont en souffrance simultanée ou successivement sans que pourtant l'on puisse reconnaître aucune maladie connue, déceler ni par le diagnostic, ni par l'épreuve thérapeutique aucune localisation de système, d'appareil ou d'organe. On est alors convenu d'incriminer le système nerveux, en

d'autres termes de dire qu'il n'y a pas de localisation ».

De ces définitions il faut retenir dès maintenant quelques traits : faiblesse irritable du système nerveux primitive à toute lésion organique et s'étendant aussi bien à l'appareil cérébro-spinal qu'au système nerveux viscéral.

Il ne saurait y avoir aucune contestation sur l'identité de l'épuisement nerveux et des troubles neurasthéniques. Dejérine a écrit à ce sujet (1). « Le terme de neurasthénie implique par son étymologie même la perte de la force nerveuse, l'épuisement nerveux en donnant à ce terme son sens le plus général et en spécifiant que cet épuisement est par lui-même durable, plus ou moins permanent » Régis (2), va même plus loin en affirmant que « ce mot neurasthénique crée par Beard en 1868 et accepté aujourd'hui par la plupart des auteurs est un terme générique qui s'applique à tous les états morbides essentiellement caractérisés par l'épuisement du système nerveux ».

Ce trouble dans les fonctions dynamiques nerveuses est général. Il peut exister (3) « soit dans la sphère intellectuelle, soit dans la sphère physique, soit dans les deux ensemble ». Est-il susceptible d'être localisé à tel ou tel organe ou appareil ? D'après Huchard et Axenfeld (4), « il n'y a souvent pas de localisation possible ni pour le patient ni pour le médecin ». Mais il s'en faut de beaucoup

(1) Déjérine, *Hérédité dans les maladies du système nerveux.* Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

(2) *Journal de médecine* de Bordeaux, 1891.

(3) Déjérine, *loco citato.*

(4) Huchard et Axenfeld, *Traité des névroses.*

que ce soit là l'expression de la vérité. Huchard lui-même, et Blocq dans une série de travaux originaux, Weill dans sa thèse inaugurale (1) ont rapporté et décrit un grand nombre de faits où les troubles neurasthéniques étaient et sont restés localisés pendant toute leur évolution. Enfin la clinique ne nous offre-t-elle pas une foule de cas caractérisés par la prédominance spéciale, exclusive des troubles morbides à tel appareil plutôt qu'à tel autre ? N'a-t-on pas décrit des neurasthénies génitales, cardiaques, gastriques ? Il semble actuellement qu'aucun organe ne puisse échapper aux coups de cette névrose ; Huchard et Axenfeld (2) en font « une maladie confuse, vague et indécise sans limites bien fixes, remarquable par le grand nombre de ses manifestations (*non morbus, sed morborum cohors*) par la multiplicité des souffrances, des spasmes, des douleurs viscérales et des malaises sans nom ». Localisations exclusives d'une part, généralisation d'autre part, voilà deux genres de processus, en apparence contradictoires, qui prêtent peu à réaliser dans tous les cas cliniques le type de Charcot, car un ou plusieurs des stigmates peuvent faire défaut. Y a-t-il lieu alors de réserver son diagnostic ? Mathieu (3) nous enseigne que « le diagnostic de neurasthénie s'impose même lorsque quelques-uns des stigmates viennent à manquer ». C'est pour parer à cet état de choses qu'Huchard (4) a cru devoir en réduire le nombre.

(1) Weill. *Neurasthénies locales.* Thèse de Nancy, 1892.
(2) *loco citato.*
(3) Mathieu. *Neurasthénie.*
(4) Huchard. *Neurasthénies locales. Archives générales de médecine,* 1892.

« Il me semble que le nombre de ces stigmates est exagéré, puisque quelques-uns d'entre eux, la céphalée, l'insomnie, les douleurs rachialgiques font assez souvent défaut. Ils doivent être réduits à trois : l'asthénie neuro-musculaire, les meiopragies (diminution d'aptitude fonctionnelle des organes) enfin l'état cérébral des sujets ». Cette tentative est loin de rencontrer une approbation unanime. Ducroux (1), et Boissier (2) dans leurs thèses inaugurales protestent contre cet essai et n'admettent la neurasthénie qu'avec les stigmates donnés par Charcot.

Nous avons vu cette névrose étendre ses racines dans tout l'ensemble du système nerveux, depuis ses ramifications périphériques jusqu'aux centres médullaires et cérébraux, et par les souffrances les plus variées en traduire l'épuisement fonctionnel. La physiologie des centres nerveux supérieurs nous enseigne qu'ils sont le réceptacle de toutes les impressions nerveuses périphériques et viscérales même les plus obscures ; ces impressions y sont perçues, analysées et localisées.

Cette élaboration silencieuse et inconsciente se traduit par une sensation consciente, indifférente, agréable ou désagréable, suivant la nature et l'intensité de la cause provocatrice, suivant l'état de santé ou de maladie des organes nerveux chargés d'en recueillir l'effet et de l'apprécier. Or dans une névrose caractérisée par une sensation permanente de souffrance nerveuse sans altération organique,

(1) Ducroux. *Rapports de la maladie de Beard avec les maladies infectieuses*. Thèse de Paris, 1895.

(2) Boissier. *Neurasthénie et mélancolie dépressive*. Thèse de Paris, 1894.

il était naturel qu'on en vînt à incriminer les centres cérébraux, siège du sensorium et à y localiser, en dernière analyse, les troubles fonctionnels. C'est là l'opinion exprimée par Pitres : « La neurasthénie est une névrose caractérisée par des troubles sensitivo-sensoriels et psychiques dont les plus fréquents sont des sensations pénibles, siégeant sur différents points du corps et par un état mental tout particulier dont l'inquiétude, l'inaptitude au travail et à l'attention soutenue, l'irritabilité constituent des principaux traits ». Blocq (1) s'est fait l'interprète de cette théorie et en a donné le développement le plus complet. Il considère la neurasthénie comme une psycho-névrose à siège cérébral consistant en un déséquilibrement des diverses fonctions psychiques, en un rétrécissement du champ de la volonté, une diminution de la force des idées, grâce à laquelle des images sensitives erronées peuvent s'extérioriser et persister avec fixité dans la mémoire. De là les douleurs localisées.

L'importance considérable des troubles psychiques dans cette affection, ainsi que leur prédominance dans certaines formes, ont fait l'objet de beaucoup de controverses. La plupart des auteurs n'ont pas hésité à faire une grande part aux psychoses neurasthéniques dans les diverses manifestations de cette névrose, et à leur subordonner les troubles vaso-moteurs.

Quelques-uns font des réserves en ce qui concerne certaines psychoses telles que la mélancolie, les obsessions, les phobies dont la gravité et la prédominance leur parais-

(1) *Etude sur les maladies nerveuses.*

sent dans certains cas hors de proportions avec leurs caractères habituels dans la neurasthénie. Cette question des limites de la névrose est l'une des plus discutées et des plus controversées. La clinique nous offre parfois des cas où le diagnostic est plus que douteux et nous en avons vu où il fallait discuter pied à pied les deux hypothèses de neurasthénie ou de paralysie générale. Régis, Mathieu, et Ballet pensent que les phobies et l'hypochondrie peuvent appartenir à la neurasthénie et s'expliquer par elle seule. Charcot (1) admet la mélancolie, l'hypochondrie, l'aboulie, les rêves terrifiants dans le domaine de la névrose.

Mathieu considère qu'elle est un point de départ dans la série des dégénérescences. Féré en fait un état de dégénérescence. Déjerine (2), exprime la même opinion dans sa thèse d'agrégation : « La tendance actuelle est de voir dans la plus commune, et la plus banale des névroses, dans la neurasthénie, le point de départ de toutes les affections du système nerveux la souche de cette grande famille neuro-pathologique, qui, lui fournissant sans cesse de nouveaux éléments, s'oppose à l'extinction de cette dernière de par les lois fatales de l'hérédité convergente, combinée avec les états de dégénérescence ».

Magnan regarde comme des modes de dégénérescence beaucoup de symptômes décrits comme neurasthéniques (phobies, obsessions) : « On a entrevu que les états dépres-

(1) CHARCOT. *Leçons du mardi*, 1887, page 36.

(2) DÉJERINE. *Hérédité dans les maladies du système nerveux* Thèse d'agrégation, Paris, 1886

sifs des fonctions nerveuses rayonnent tous autour d'un même axe et ne diffèrent que par leur mode d'expression... On peut voir dans la neurasthénie un premier degré de la psychose, une mélancolie atténuée mais capable de progresser jusqu'à la vésanie complète dans des conditions données. Il est bien difficile, en effet, de dire où finit celle-là, où commune celle-ci ; les différences ne sont sensibles qu'aux limites extrêmes, encore même à ces degrés lointains les analogies sont-elles frappantes ».

Bouveret se range à cet avis en affirmant que la névrose, dans ses diverses formes, représente l'ébauche de presque toute les variétés de mélancolie.

Cette théorie ne peut s'admettre sans quelques restrictions, en ce qui concerne le rôle de l'hérédité dont l'influence est très importante sur l'évolution de la névrose. Magnan lui-même adopte ces restrictions : « Si l'on voit enfin des malades considérés comme neurasthéniques verser dans une autre psychose, il est à supposer que l'hérédité jouait chez eux un rôle prépondérant, que leur predisposition était spéciale, que les causes et les circonstances les ont dirigé dans un sens anormal ».

L'hérédité est-elle toujours indispensable pour créer la neurasthénie ? La question est diversement résolue. Mathieu considère que l'hérédité similaire peut souvent faire défaut, mais qu'on observe toujours une prédisposition antérieure et un terrain névropathique. Bouveret et Déjérine sont d'un avis contraire. D'après ces derniers, la névrose « différant en cela complètement de toutes les autres, peut être créée de toute pièce, chez un individu

robuste, sans tare nerveuse héréditaire, et cela dans certaines circonstances données. »

L'hérédité similaire n'est donc rien moins qu'indispensable. Le rôle même de l'hérédité nerveuse est contesté ainsi que celui de l'hérédité arthritiques si voisine de cette dernière. Charcot et Grasset ont signalé les rapports étroits de la neurasthénie avec l'arthritisme. Vigouroux (1) conclut de ses recherches urologiques que « tous les neurasthéniques sans exception sont des arthritiques » Mais Bouveret nie formellement la nature toujours diathésique de la névrose d'accord en cela avec Déjerine.

Cette question si diversement tranchée a son corolaire non moins important et qui lui aussi a fait l'objet de nombreuses controverses. Y a-t-il des rapports de cause à effet entre la neurasthénie et les autres maladies ? Est-elle une entité morbide ou un syndrome symptomatique ? Les opinions sont nombreuses mais ne se ressemblent guère. Pour Arndt (2) « la neurasthénie est un symptôme, un complexus symptômatique de processus morbides, d'états morbides, de malaises déterminés ; elle reconnaît les causes les plus variées, maladies, états morbides, dyscrasies, cachexies et alors elle se montre plutôt comme le symptôme de ces maladies ou états morbides multiples que comme une entité spéciale : c'est en définitive, la réunion des symptômes dits nerveux chez un malade quelconque... ; elle s'étend de l'aspiration vague vers quelque chose de nouveau jusqu'aux symptô-

(1) Vigouroux. *Neurasthénie et arthritisme.*

(2) Arndt. *Die Neurasthenie* (*Nervenschwaeche, ihr Wesenihre Bedentung und Behandlung*. Leipzig, 1885.

mes caractéristiques de l'épilepsie et de l'hystérie. » Boissier (1) en fait un état général symptomatique, expression d'autres maladies. Mathieu reste dans le doute « on ne saurait dire si c'est une maladie distincte, un syndrome qui relève de causes et de facteurs pathogéniques différents, si elle a un substratum anatomique ou chimique ». Regis affirme que ce n'est pas une entité morbide « mais un groupe de maladies, une sorte de diathèse à expressions symptomatiques des plus variées ».

Par contre, Charcot (2) a proclamé hautement dans ses célèbres cliniques de la Salpêtrière, l'entité nosographique de cette affection. « La neurasthénie est une espèce morbide dont la fixité nosographique ne saurait être contestée puisqu'on la voit conserver son individualité dans les circonstances très variables où elle peut se développer ». D'autres, plus éclectiques, admettent une neurasthénie essentielle dérivant d'une cause morale et une neurasthénie symptomatique souvent sous la dépendance d'une lésion organique primitive causale. (Thiroux) (3) Cette affection se développe en effet, dans les circonstances les plus variées ; tantôt on la voit naître spontanément, et évoluer seule, indépendante de toute autre lésion surajoutée ; tantôt, au contraire, elle paraît être sous la dépendance d'un état morbide antérieur, qui lui imprime des allures cliniques différentes, et en modifie la marche ; autonome ou symptomatique, elle n'est donc pas toujours

(1) Boissier. Thèse Paris, *Neurasthénie et mélancolie dépressive*, 1894.

(2) Charcot. *Polyclinique*, 1888-89. 12e leçon, page 260.

(3) Thiroux. *Contribution à l'étude de la neurasthénie*. Thèse Paris, 1892.

semblable à elle-même. Charcot (1) a insisté sur ce fait dans ses *Leçons du Mardi*. Il distingue deux formes de neurasthénie, l'une essentielle, l'autre apparaissant chez les sujets entachés d'une tache héréditaire névropathique. Cette dernière est sujette aux troubles psychiques et le pronostic en est plus réservé. Regis (2) signale ainsi ce caractère de dualité :

« C'est pourquoi nous croyons qu'il existe deux formes bien distinctes de neurasthénie psychique : la neurasthénie chronique constitutionnelle ou de dégénérescence, la plus fréquente, et la neurasthénie aiguë fonctionnelle et non dégénérative, toutes deux succeptibles de s'accompagner d'obsessions, mais d'obsessions ayant dans les deux cas des caractères bien différents de gravité. » Plus récemment Gilles de la Tourette revient sur cette question et dans une intéressante leçon clinique (3) déclare qu'avec Charcot il distingue une neurasthénie vraie et une neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle. Dans la première, l'hérédité nerveuse peut exister, mais n'est pas suffisante pour produire de toutes pièces l'état neurasthénique ; il faut pour cela un concours de circonstances et surtout un surmenage physique et intellectuel. Dans la seconde, l'hérédité est toujours présente et cause tout le mal ; les traumatismes physiques ou moraux ne viennent qu'au second plan. Ces deux états peuvent d'ailleurs avoir une symptomatologie en apparence identique. Mathieu

(1) CHARCOT. *Leçons du mardi*, 1887, page 28.
(2) REGIS. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1891.
(3) *Semaine médicale*, 26 janvier 1898.

exprime le même avis. Bouveret admet une grande et une petite neurasthénie, cette dernière à symptômes peu accusés, fugaces, plus accessibles au traitement. Quelques auteurs poussent encore plus loin cette distinction, au point d'exclure du cadre nosographique de la névrose toutes les formes cliniques qui n'ont point une impeccabilité irréprochable dans leur étiologie, leurs symptômes, leur évolution et leur régularité. Nous avons cité Levillain (1) et Veuillot (2). Celui-ci se plaçant sur le terrain clinique, celui-là s'appuyant en plus sur des considérations d'étiologie héréditaire, ont créé à côté de la neurasthénie un groupe aussi riche que varié d'états neurasthéniformes.

Cette tentative mérite un examen approfondi : il importe de savoir ce qu'il faut retenir de ces prétendus états neurasthéniformes.

Levillain classe dans ce groupe toutes les formes de la névrose qui ne répondent pas point par point au type de Beard dans leur étiologie, leur symptomatologie et leur évolution. Il se base pour les différencier sur les caractères que nous résumons sous la forme suivante :

Néurasthénie de Beard :

Etiologie : choc psycho-moral ou traumatique.

Symptômes : présence constante des stigmates de Charcot avec leurs caractères classiques.

Evolution : présence de tous les symptômes au complet dès le début.

Pronostic : guérison facile et rapide.

(1) Levillain *Essais de neurologie clinique.*

(2) Veuillot. *La neurasthénie et les états neurasthéniformes.* Thése, Paris, 1896.

Etats neurasthéniformes :

Etiologie : hérédité, certaines diathèses ou dyscrasies, (arthritisme, diabète) lésions organiques (cardiaques, utéro-ovariennes, dyspepsies chroniques) épuisement physiologique.

Symptomatologie. Absence d'un ou plusieurs symptômes stigmatiques ; caractères différents de ces symptômes. Insomnie causée par une sensation de refroidissement général. Troubles dyspeptiques plus accusés s'aggravant après le repas. Alternance de la constipation avec la diarrhée. Amyosthénie, souvent causée par amaigrissement, peu susceptible de s'atténuer par les tentatives d'entraînement. Absence d'amyosthénie matutinale. Absence d'asthénie psychique, de dépression de l'état mental.

Evolution : début lent et progressif ; les symptômes apparaissent un à un sous la dépendance de troubles ou lésions viscéraux. Ils sont souvent la première manifestation d'une autre affection (paralysie générale, breightisme, hypochondrie, mélancolie, vésanie).

Pronostic : guérison difficile, lente. Alternatives de rémissions et de recrudescence.

1° *La neurasthénie vraie n'est jamais secondaire* : affirmation démentie par Beard lui-même, puisqu'il admet (1) des rapports de cause à effet réciproques entre la neurasthénie et les autres états morbides. Nous relevons deux observations de Levillain, classées parmi les vraies neurasthénies (obs. X et XXXIII) où celles-ci étaient manifestement sous la dépendance de lésions utéro-ovariennes. On

(1) Beard *Neurasthénie sexuelle*, page 52.

sait, depuis les admirables travaux de Fournier la nature des liens intimes qui unissent la syphilis à la neurasthénie ; malgré un timide essai de réfutation de Levillain à ce sujet nous ne mettons pas en doute un seul instant la parole autorisée du maître. Quant au rôle joué par l'arthritisme dans l'étiologie de la névrose, nous avons vu qu'il était admis par le plus grand nombre et nous ne citerons pour mémoire que l'illustre Charcot.

2° *La neurasthénie vraie présente le tableau complet de tous les stigmates avec leurs caractères.*

Indépendamment des enseignements cliniques, Mathieu nous apprend que souvent un ou plusieurs des stigmates peuvent faire défaut, mais que néanmoins le diagnostic s'impose. Plus encore ! Le nombre de ces stigmates paraît exagéré à Huchard qui les réduit à trois. Quant aux caractères différentiels qu'ils présentent dans les pseudo-neurasthénies ils sont loin d'avoir la valeur et la constance que leur attribue Levillain. L'insomnie causée par une sensation de refroidissement général est une exception même dans les observations typiques de cet auteur. Les dyspepsies peuvent présenter dans la neurasthénie vraie tous les degrés, au point que l'on hésite parfois entre le diagnostic de névrose et celui d'une affection organique *Ils s'aggravent après les repas, dans les faux états*, mais c'est là un de leurs caractères fréquents quand la névrose est ancienne ; il faut aussi en incriminer la nature du chimisme stomacal si variablement troublé suivant les cas.

L'alternance de la constipation avec la diarrhée est fréquente dans la vraie neurasthénie. Les matières fécales,

accumulées, comprimées entre les parois intestinales finissent par les congestionner, les irriter ; il en résulte des troubles sécrétoires, des débâcles d'abord espacées, puis plus rapprochées, enfin cette colite pseudo-membraneuse dont tous les traités classiques font mention.

L'amyosthénie des faux états, si elle est causée par l'amaigrissement, n'est qu'une forme atténuée de cachexie ; or, personne parmi les plus autorisés, ne met en doute l'existence d'une cachexie neurasthénique. Qu'importe alors pour le diagnostic, qu'elle soit susceptible de s'atténuer ou non par l'entraînement ? L'absence d'amyosthénie matutinale est sans doute un caractère d'une grande valeur ; mais il n'est pas pathognomonique. La persistance de la fatigue ne présente pas toujours les mêmes degrés.

Depuis ces cas où la lassitude disparaît le soir, jusqu'à ceux où elle existe encore le matin, on observe tous les intermédiaires suivant la gravité et l'ancienneté de la névrose.

L'absence d'asthénie psychique, de dépression de l'état mental est aussi un caractère de premier ordre pour la sûreté du diagnostic, mais il n'est pas indispensable. Ce symptôme dépend essentiellement de la force de caractère du malade, de son éducation morale antérieure, de ses habitudes, de sa profession, de l'ancienneté de l'affection. On conçoit à quelle variété de degré il est soumis, et les réserves qu'il faut faire sur l'importance symptomatique de son absence.

3° *La vraie neurasthénie s'établit rapidement et présente dès le début le tableau de tous les symptômes au complet.*

Il s'en faut de beaucoup que le début des accidents soit toujours si rapide. Dans les traumatismes physiques, la cause provocatrice atteint d'emblée toutes sa force d'action, mais les influences morales dépressives agissent le plus souvent lentement, graduellement pendant des années entières avant d'aboutir au tableau de la neurasthénie confirmée. Pendant cette longue période d'élaboration, les symptômes de la dépression nerveuse apparaissent peu à peu, sans ordre bien établi, augmentant d'intensité et de nombre suivant les circonstances ; même encore dans la période de neurasthénie confirmée, ils peuvent n'être pas tous au complet et être très différents d'allure et de gravité.

S'ils paraissent précéder quelquefois l'éclosion d'une maladie organique, c'est que leur véritable caractère aura été alors méconnu, que d'autres indices insidieux et révélateurs auront été négligés dans l'examen du malade, et qu'en définitive, le diagnostic se sera égaré. Même au cas contraire, n'est-il pas admis par Beard lui-même, dont Levillain se fait un critérium, que la neurasthénie peut aboutir à la folie (1) ?

L'évolution de la névrose offre certes une grande variété d'allures. Est-ce un motif suffisant pour en distraire des faux états ?

4° *Le pronostic de la vraie neurasthénie est bénin.*

C'est vrai dans la généralité des cas, mais ce pronostic est avant tout lié à la suppression de la cause provocatrice, à la position sociale des malades, à l'énergie et la force

(1) BEARD. *Neurasthénie sexuelle*, p. 63.

de leurs facultés morales plutôt qu'à l'authenticité de la forme de leur affection.

Veuillot établit une distinction analogue à celle de Levillain ; il se base pour cela sur le rôle prépondérant de l'hérédité dans l'étiologie des pseudo-neurasthénies. D'après cet auteur, la vraie neurasthénie ne comporte pas d'antécédents héréditaires nerveux ; elle reconnaît pour causes déterminantes un choc moral plutôt qu'intellectuel, un traumatisme physique. Son début est brusque. Sa symptomatologie est caractérisée par une association constante de tous les stigmates et surtout par la présence de l'asthénie matutinale. Son évolution ne présente aucune alternative de dépression et d'excitation et son pronostic est bénin.

Les états neurasthéniformes relèvent toujours d'une hérédité nerveuse plus ou moins chargée. Leurs causes occasionnelles sont les chocs moraux, les troubles digestifs et génitaux, les diathèses, les maladies chroniques ; leurs causes déterminantes sont les obsessions. Leurs symptômes peuvent avoir la même violence que dans la neurasthénie vraie, mais ils en diffèrent par la présence de toute une catégorie de troubles qui appartiennent exclusivement à l'hérédité nerveuse : tremblement, paralysies, crampe des écrivains, dérobement des jambes, lassitude fonctionnelle, douleurs générales vagues, douleurs localisées, palpitations, prurit, troubles vaso-moteurs, asthme nerveux, polyurie, spermatorrhée, sueurs profuses, colite pseudo-membraneuse, impulsions, obsessions, phobies, parésie de l'intelligence, du sens moral, de la volonté, de l'affectivité, émotivité. Les phénomènes mentaux sont

tenaces et persistants. L'évolution des faux états offre souvent des alternatives d'excitation et de dépression. Leur pronostic est grave et leur diagnostic avec les formes frustes de la neurasthénie vraie se base sur les caractères du trépied neurasthénique : céphalée, insomnie, asthénie psycho-motrice. Si ce trépied n'existe pas dans toute son intégrité et sa plénitude, on a affaire à un faux état.

Constatons d'abord que le type neurasthéniforme de Veuillot diffère sensiblement du précédent, puisqu'il comprend sous le nom de troubles héréditaires un grand nombre de symptômes neurasthéniques adoptés et décrits comme tels par Beard, et par suite admis par Levillain dans le cadre nosographique de la vraie neurasthénie.

Ces troubles sont même si multiples que l'on se demande à quoi se réduit le domaine désormais si exigu de cette dernière. L'auteur, il est vrai a pris soin de nous renseigner à ce sujet et il nous offre un simple trépied pour y asseoir notre diagnostic de neurasthénie vraie.

Nous ne reviendrons pas sur les caractères différentiels communs à ces deux types. Nous venons de les réfuter. Mais nous ne pouvons passer sous silence l'importance trop exclusive attribuée par Veuillot au rôle de l'hérédité, rôle essentiellement prépondérant dans la genèse des fausses neurasthénies. Nous avons constaté, non sans quelque surprise, que l'auteur comprend à côté de l'hérédité atavique, l'hérédité acquise qui, il le reconnaît lui-même, peut quelquefois « dépasser, en susceptibilité, tout ce que peut atteindre le tempérament originel » ; en sorte que, pour qu'une cause provocatrice puisse détermi-

ner la vraie neurasthénie chez un individu, il faudrait que cet individu, indemne de toute tare atavique, ait été soustrait depuis sa naissance à toutes les influences capables de modifier sa susceptibilité nerveuse. C'est tout simplement inadmissible, et la vraie neurasthénie de Veuillot risque fort de n'être qu'un mythe !

La création de ces pseudo-névroses est-elle nécessaire et rationnelle ? Nous ne le pensons pas. La pathologie générale ne nous offre-t-elle pas, surtout dans le domaine de la neurologie, un grand nombre de cas analogues, où les diverses formes d'une même affection se côtoient, se succèdent même, au gré des influences déterminantes ? On n'a pas cru cependant devoir les sérier, les cataloguer sous une autre dénomination que celle de l'état morbide dont elles relèvent, ou si ces tentatives ont été essayées elles sont restées infructueuses, devant le démenti donné par une étude plus complète et plus rationnelle.

Pour n'en citer qu'une preuve, en ce qui concerne l'hystérie, ne l'a-t-on pas considérée comme un syndrome, n'a-t-on pas entrepris de créer une forme centrale de cette névrose et une forme périphérique ?

N'a-t-on pas distingué l'hystérie vraie et des états hystériformes ? Ces tentatives n'ont aucunement leur raison d'être.

Entreprendre d'épurer de la sorte la nosographie d'une affection c'est vouloir inconsciemment créer un désordre inextricable dans les esprits et les positions conquises au prix de quels efforts ! Il a fallu la grande voix de Charcot pour réunir les débris épars de l'hystérie, leur rendre leur cohésion, en proclamer l'unité et l'indivisibilité. Nous

avons vu aussi le Maître affirmer « la fixité nosographique de la neurasthénie qu'elle conserve dans les circonstances très variables ou elle peut se développer. » Nous nous rangeons sans hésiter à l'appel d'une voix si autorisée Nous considérons la neurasthénie dans son essence, expression ultime de l'épuisement fonctionnel nerveux, comme une et indivisible, tantôt acquise de toutes pièces, le plus souvent greffée sur une hérédité nerveuse ou arthritique, parfois symptomatique de tous les états morbides capables de produire l'épuisement nerveux chez les prédisposés ; elle est susceptible de se traduire par des formes d'une infinie variété, en apparence contradictoires, suivant les circonstances et le terrain où elle se développe ; très rarement localisée au moins au début, elle s'étend dans la grande majorité des cas à tout l'ensemble des fonctions nerveuses. Elle trahit sa présence par une foule de troubles fonctionnels, au milieu desquels surnagent comme points de répère les stignates donnés par Charcot. Ils en sont l'expression la plus pure et la plus parfaite.

La gamme de ses nuances est infinie ; à son degré le plus infime elle se réduit à un trouble viscéral ; le dernier terme de ses états confine aux psychoses caractérisées. Son évolution et son pronostic se lient essentiellement a la nature de sa forme. Elle est un terme dans la série des dégénérescences.

PATHOGÉNIE

Si les opinions émises sur la nature de la neurasthénie sont nombreuses et contradictoires, les théories pathogéniques ne le sont pas moins. Chacun a pour ainsi dire donné la sienne, et souvent au détriment de la lumière. D'une manière générale, on peut diviser ces théories en quatre grandes classes. Les premières font jouer aux troubles viscéraux et aux altérations consécutives le premier rôle. Les secondes attribuent ce rôle aux troubles vaso-moteurs. Les troisièmes se basent sur les troubles génitaux.

Les autres se fondent exclusivement sur la prédominance des altérations nerveuses fonctionnelles et leur accordent la suprématie dans la genèse de la névrose. Nous aborderons la revue de ces théories par celles qui ont été énumérées en premier lieu : elles sont d'ailleurs les moins récentes et les moins probantes. Elles peuvent se ranger sous quatre chefs différents, suivant que leur mécanisme pathogénique dépend : 1° de la viciation de la nutrition organique ; 2° des actions réflexes d'origine abdominale ; 3° de l'auto-intoxication ; 4° des ptoses viscérales.

Théories viscérales.

1° *Viciation de la nutrition générale d'origine dyspeptique.* — Cette idée a été exprimée par Hippocrate, Celse. Galien, Benedetti, Broussais, Beau, Hayem et Win-

ter. Elle a été reprise par Weir-Mitchell. « La perte de la graisse coïncide toujours avec des conditions amenant l'appauvrissement du sang ; d'un autre côté le développement adipeux, borné à de certaines limites, semble marcher de pair avec l'amélioration de la santé dans tous les points essentiels. »

L'amaigrissement produit la faiblesse, qui engendre la neurasthénie ; il en est un des principaux symptômes. On peut objecter (Mathieu) que la recherche de l'Hcl ne suffit pas à affirmer une dyspepsie, puisque nos investigations ne peuvent porter sur le chimisme intestinal, que d'autre part, la dyspepsie est fréquemment secondaire (Charcot), et qu'enfin l'amaigrissement est loin d'être la règle dans tous les cas.

2° *Actions réflexes d'origine gastro-intestinale.* — L'origine de cette théorie est lointaine, Van Helmont enseignait qu'un principe vital, l'archée gouverne la rate et l'estomac et est influencé par leurs troubles. Ce principe est partagé par Wepfer, Beau. Mais les troubles abdominaux peuvent faire défaut dans beaucoup de neurasthénies avérées (Charcot) ; ce n'est plus l'action réflexe qui produit et caractérise la névrose, puisque cette action existe dans beaucoup d'autres névroses, mais la nature de cette action réflexe, en un mot, la manière de réagir du système nerveux.

3° *Auto-intoxication.* — D'après le professeur Bouchard les dilatations d'estomac donnent lieu au séjournement de liquides que l'insuffisance d'Hcl ne peut aseptiser. Il se forme des ptomaïnes qui affaiblissent la résistance et rendent le terrain favorable aux infections. Les symp-

tômes d'intoxication sont : l'amyosthénie matutinale, le cercle douloureux autour de la tête, la céphalée, l'inaptitude au travail, l'irritabilité, la mélancolie, l'insomnie, les cauchemars, les vertiges, les étourdissements et l'amblyopie. Bouchard a fait des expériences dans ce sens tendant à prouver que tout alcaloïde animal, leucomaïne ou pto maïne, peut par intoxication du sang produire des troubles neurasthéniques. Les recherches de Biasson (1868), ont démontré que la quantité d'urée excrétée était proportionnelle à l'intensité de l'activité cérébrale. La même démonstration a été faite par Flint de New-York pour la cholestérine (produit de désassimilation du cerveau et des nerfs).

De 1889 à 1892 Deny et Chouppe, Féré et Jules Voisin, à Paris, Weil et Dubois, à Lyon, Mairet et Bosc, à Montpellier démontrent expérimentalement que les urines des épileptiques et de certains déments contiennent un cœfficient de toxicité très élevé.

Il faudrait donc joindre à l'auto-intoxication par resorbtion gastrique, une auto-intoxication des centre nerveux supérieurs par leurs produits d'excrétion qu'un foie arthritique élabore insuffisamment.

Dilatation d'estomac avec congestion du foie consécutive et chute du rein droit, insuffisance d'élaboration des produits de désassimilation des centres nerveux par altération de la fonction hépatique et auto-intoxication à ce double titre, voilà le processus pathogénique qu'affirme la théorie de Bouchard portée à ses derniers perfectionnements.

Cette théorie présente une certaine part de vérité et

mérite dans quelque cas de ne pas être complétement rejetée, Maís elle prête le flanc à de nombreuses objections qui en atténuent singulièrement la portée. On peut d'abord mettre en doute la justesse de la technique suivie dans la recherche de la dilatation, qu'il ne faut pas confondre avec la distension atonique temporaire et survenant après les repas. La vraie dilatation est assez rare ; on ne peut en faire une règle générale. Charcot a affirmé que « les dilatations d'origine organique ne créent pas la neurasthénie et que certains neurasthéniques n'ont ni dyspepsie ni dilatation. » Quant à l'engorgement hépatique, à l'arthritisme, à la chute du rein droit, ces symptômes font souvent défaut, ou sont secondaires. La toxicité des urines révèle un trouble général de la nutrition et n'est nullement pathognomonique de la neurasthénie.

4° *Ptoses viscérales.* — Glénard a le premier attiré l'attention sur ce processus pathologique qu'il a étudié et décrit dans une série de travaux importants.

Il distingue chez les neurasthéniques plusieurs ordres de phénomènes :

a) Des phénomènes asthéniques (faiblesse générale, faiblesse des reins, de l'estomac) causés parla constriction du corset dans la dyspepsie féminine.

b) Des phénomènes gastriques (flatulences et symptômes vaporeux, douleurs, aigreurs, brûlures, vomissements, serrements, crampes) dus à l'atonie.

c) Des phénomènes névrosiformes (insomnie, irritabilité, mélancolie, impuissance, vertiges, céphalalgie, palpitions, bourdonnements, névralgie, crises), symptômes de la diminution de la tension intra-abdominale.

d) Des phénomènes méso-gastriques attribuables au tiraillement de l'intestin sur les ligaments mésentériques (sensations de tiraillement, de poids, de creux, de vide, de fausse faim) tous symptômes d'entéroptose.

Celle-ci est due à toutes les causes susceptibles de provoquer le refoulement en bas des viscères ou l'atonie des ligaments suspenseurs et de la paroi abdominale : amaigrissement, expulsion des gaz intestinaux, port du corset, grossesses répétées, prolapsus utérin (défaut de résistance du plancher périnéal), traumatismes. Elle se produit par le mécanisme suivant : La masse intestinale tombe en avant et en bas de la station verticale ou vers les flancs dans le décubitus dorsal. En tombant elle tire sur le mésentère et les mésos. Le coude droit du colon transverse relié au pylore par un faisceau fibreux le dévie et l'abaisse. Par l'intermédiaire du petit épliploon l'estomac entraîne le foie qui chasse devant lui le rein. On a constaté que dans 148 cas de reins mobiles cet organe était luxé 131 fois chez la femme 126 fois à droite, 3 fois à gauche. Dans 19 cas, le déplacement était double.

Cette évolution se fait en trois périodes : la première correspond à l'atonie gastrique caractérisée par les troubles de contraction de l'estomac provoquée par la dislocation du colon.

La deuxième, période mésogastrique, correspond à la gastróptose qui se réalise lorsque l'estomac a cessé de résister aux conditions de prolapsus créés par sa connexion avec le colon transverse.

La troisième, période neurasthénique, est celle de la diminution de la tension abdominale. Elle survient lorsque

la nutrition est compromise. Sous l'influence d'une alimentation réduite et très certainement d'un trouble secondaire de la fonction hépatique : oligocholie ou dyscholie, l'amaigrissement s'accentue, la constipation devient opiniâtre, les sécrétions digestives s'amoindrissent en même temps que les anses intestinales plus lourdes et plus mal soutenues sont de plus en plus retractées et prolabées (1).

Dans la période neurasthénique quatre signes importants trahissent l'entéroptose à l'exploration.

1° Flaccidité de l'abdomen : hypostase abdominale.

2° Prolapsus de la masse intestinale entéroptosée auquel s'ajoute consécutivement le prolapsus du rein, du foie, de la rate et quelquefois de l'utérus.

3° Etroitesse du gros intestin, entérosténose (apparition de battements épigastriques).

4° Clapotement stomacal, gastroptose et atonie gastrique.

D'autre part, Glenard admet un trouble fonctionnel du foie consécutif soit au passage de l'entéroptose à la deuxième période, soit à une intoxication alcoolique ou paludique, ou dépendant d'une influence vaso-motrice à la suite de surmenage ou de violentes terreurs. Ce trouble permanent de la fonction hépatique, malgré la disparition de l'action nerveuse entretient les altérations de nutrition.

L'entéroptose et le trouble hépatique peuvent être réciproquement primitifs ou secondaires. Chacun d'eux créé un état nerveux spécial qui n'est pas la neurasthénie de

(1) Blanc Champagnac. Thèse Paris.

Charcot, parce que celle-ci n'est pas justiciable des agents curatifs de l'entéroptose, auxquels elle cède facilement. Elle est une entité morbide dont les troubles névrosiformes peuvent faire croire à la neurasthénie. Il y a lieu dans la pratique de faire un diagnostic différentiel.

Cette théorie qui témoigne d'un grand esprit d'observation et d'analyse a eu un retentissement considérable. Sa portée a été exagérée ; on a voulu l'étendre à la neurasthénie classique et en faire la clef d'une foule de phénomènes dont l'explication était jusque là indécise. Il est incontestable que les observations cliniques sur lesquelles elle s'appuie lui donne une grande valeur et qu'elle mérite d'être prise très souvent en considération.

Mais, même en la laissant sur le terrain ou Glénard l'a placée, elle n'en a pas moins donné lieu a quelques objections importantes. Mathieu l'a vivement combattue (1). Il admet comme signe unique de l'entéroptose l'état tombant et flottant de la masse intestinale toute entière, rejette les signes subjectifs et conclut que l'entéroptose ne fait qu'entretenir et aggraver un état de maladie antérieure.

Fromont, Fereol, Dujardin-Beaumetz concluent de leurs recherches anatomo-pathologiques qu'elle repose sur des fait d'anatomie normale et pathologique dont l'exactitude n'est pas suffisamment démontrée.

D'autre part à ceux qui font dépendre la neurasthénie commune de l'entéroptose on peut objecter que (2) : « l'ordre d'apparition des symptômes signalés par Glénard est loin d'être l'ordre habituel et jamais l'orde constant ; la neuras-

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 1893.
(2) Levillain. *Neurasthénie*.

thénie de Beard ne commence pas toujours par les troubles dyspeptiques. » Elle peut même en être indemne (Charcot). Même en cas de début concomitant de ceux-ci on ne peut en conclure qu'ils sont la première cause des accidents neurasthéniques. Si ils préexistent, ils peuvent très bien être la première manifestation de cette neurasthénie, laquelle se développe le plus souvent en dehors, de toute influence gastrique. Tout au plus peuvent-ils être considérés comme cause prédisposante. Enfin l'argument tiré du succès de leur thérapeutique spéciale n'a aucune valeur, puisque cette thérapeutique comprend, outre le traitement approprié, un traitement général, suffisant à lui seul pour amener la guérison dans la plupart des neurasthénies communes.

Théorie vaso-motrice.

Cette théorie subordonne les phénomènes neurasthéniques à des troubles vaso-moteurs dépendant des centres nerveux. Elle est fondée : 1° sur cette loi de Claude Bernard : « il y a un rapport constant entre l'intensité des propriétés nerveuses et celle de la circulation » ; 2° sur les faits de Broca, sur les expériences de Schiff démontrant qu'une élévation de la température superficielle coïncidait avec une élévation de température du cerveau. L'hyperexcitabilité de la moelle et du cerveau serait due à la congestion de ces organes. Les émotions agréables ou pénibles auraient une grande influence sur les troubles vaso-moteurs. Suivant Ducroux, « il semblerait que la pensée pénible provoque, suivant les cas, une sorte de phènomène d'inhibition ou d'excitation suspendant ou troublant les relations de l'organe avec son système nerveux. Alors les éléments

cellulaires de cet organe retrouvant leur activité autonome deviennent malades et le trouble de la fonction atteinte va réagir à son tour sur l'économie générale. Angel a démontré exprimentalement que chez les neurasthéniques l'appareil vaso-moteur était plus excitable, disposait d'une moindre quantité de force nerveuse et réagissait plus vite sous l'influence de causes légères ; mais les contractions vasculaires sont moins stables que chez l'homme sain, et se rétablissent plus lentement et plus difficilement. L'innervation vaso-motrice est stimulée et les caractères de la réaction vaso-motrice neurasthénique sont diminués par un repas copieux, l'ingestion d'alcool, d'ammoniaque. Ils sont déprimés au contraire par l'état de jeûne, l'ingestion de café.

Cette théorie contient une grande part de vérité en ce qu'elle affirme les relations étroites qui unissent l'appareil vaso-moteur au système nerveux. Les troubles vaso-moteurs sont fréquents et nombreux dans la neurasthénie ; nous aurons plus d'une fois, au cours de cette étude, l'occasion d'en signaler l'importance. Mais cette théorie pêche par sa base : la loi de Claude Bernard et les expériences de Schiff n'établissent qu'une coïncidence et non un rapport de cause à effet. Les conclusions d'Angel affirment simplement l'influence de la neurasthénie sur les troubles vaso-moteurs. Quant au processus indiqué par Ducroux, il relève en dernière analyse d'un phénomène d'inhibition commandé par les centres nerveux supérieurs. C'est dans ces centres que réside le trouble initial. C'est là qu'il faudra aller le chercher pour avoir la clef de tout le mécanisme pathogénique.

Théorie génitale.

Il est fréquent de constater une neurasthénie consécutive aux troubles ou aux lésions de l'appareil génital chez l'homme et chez la femme. Ces lésions paraissent être en relation étroite de cause à effet avec les symptômes neurasthéniques. Le fait est vrai dans la grande majorité des cas, mais toutes les neurasthénies sont loin de reconnaître cette origine, toutes les lésions de l'appareil génital n'aboutissent pas forcément à la névrose. Il faut donc l'intervention d'un autre élément susceptible de modifier dans le sens de la névrose la réaction du système nerveux et c'est cet élément qui joue en définitive le rôle capital.

Théories nerveuses.

THÉORIES DE BEARD ET FÉRÉ.

Des expériences précises faites à l'aide d'instruments perfectionnés ont permis à Féré de formuler la loi suivante : « toute excitation nerveuse détermine un mouvement, un état dynamique auquel paraissent participer tous les éléments contractiles de l'organisme » En d'autres termes (1) « toute excitation sensorielle, tout travail intellectuel, toute émotion morale, tout exercice musculaire mettent en branle l'organisme tout entier, augmentent la tonicité musculaire, amplifient son énergie et sa capacité circulatoire et respiratoire, exagèrent les sensibilités spéciale et

(1) LEVILLAIN *Neurasthénie.*

générale, activent les sécrétions, ébranlent en un mot toutes les activités vitales de l'organisme. » Ces phénomènes se produisent à l'occasion de chaque sensation consciente ou non. Mais « chacune de ces excitations détermine un épuisement proportionnel au degré de l'excitation » D'autre part il existe une idiosyncrasie spéciale à chaque individu pour l'aptitude à supporter l'effort et les émotions. Les sujets affaiblis, les dégénérés, les névropathes sont plus soumis que les autres aux effets dynamiques ou épuisants des excitations extérieures. Les recherches de Broca, de Féré et Manouvrier ont aussi permis de formuler que « l'énergie de l'effort momentané est en rapport avec l'exercice habituel des fonctions intellectuelles ». Il est facile de concevoir que sous l'influence d'excitations extérieures fortes et répétées dans le plus court espace de temps, conditions habituellement réalisées dans le séjour des grandes villes, les individus qui ont le moins d'aptitudes à supporter ces excitations, finiront par y succomber et par présenter le tableau complet de l'épuisement nerveux.

De Fleury (1) a complété ces données en démontrant que l'épuisement nerveux, résidant primitivement dans une simple détente du reflexe-tonus, ne devient que secondairement un phénomène chimique. Les phénomènes chimiques de la fatigue sont en raison inverse de la quantité d'influx nerveux, de tonus que le muscle reçoit des centres nerveux. La fatigue est primitivement un phénomène d'épuisement mécanique de la cellule cérébrale.

(1) Fleury, *Revue de neurologie* 1896.

Il est intéressant de rapprocher des lois formulées par les auteurs précédents sur les conditions qui président au trouble du dynamisme nerveux, les principes posés par Leven (1) sur l'expression symptomatique de ces troubles en rapport avec la fonction nerveuse altérée,leur évolution et leur généralisation.

A l'état normal le système nerveux constitue une entité fonctionnelle. Les fonctions nerveuses ont toutes une influence réciproque sur elles-mêmes ; elles se subordonnent les unes aux autres : L'irritation d'un centre nerveux peut donc et doit avoir son contre-coup sur le centre nerveux dont il dépend. Il souffre d'abord isolément à sa façon et propage de proche en proche son irritation. S'il ne souffre pas par lui-même il trouble la fonction de l'organe à laquelle il préside.

A l'état normal la cellule nerveuse et le système nerveux en entier président à la vie organique sans donner lieu à des sensations conscientes.

Si la somme et la nature des impressions périphériques dépassent la puissance de réceptivité de la cellule, celle-ci souffre, devient sensible ; elle est irritée. Chaque cellule traduit son irritation par l'exagération de sa fonction : La cellule cérébrale produit la céphalée, le vertige, l'insomnie ; l'auditive donnent des sensations subjectives de bruits multiples et variés ; l'olfactive des sensations subjectives d'odeur ; la cellule visuelle des sensations visuelles ; la cellule des plexus des sensations de lourdeur, de douleur, de chaud, de froid, de pesanteur ; la cellule sensi-

(1) Leven, *Maladies et système nerveux.*

tive traduit son irritation par des troubles de la sensibilité ; la cellule motrice par des troubles moteurs.

L'irritation de la cellule se propage aux nerfs sensitifs et moteurs produisant des névralgies et des contractures, troublant la fonction et la santé du viscère qu'elle tient sous sa dépendance.

Le cerveau perçoit obscurément ou consciemment les impressions venues de chaque point du système nerveux Chaque cerveau ne peut fournir qu'une certaine somme d'efforts, de travail, ne peut supporter qu'une certaine somme d'émotions ; au-delà il se fatigue et perd tout ressort.

Sa cellule s'irrite et il devient le siège d'une réflectivité morbide. Il réagit à son tour sur tous les centres nerveux. L'irritation cérébrale se traduit par l'étourdissement, l'anéantissement et la sidération tandis que celle de sa cellule provoque la douleur, le vertige, l'insomnie. Ces troubles fonctionnels d'abord espacés, se rapprochent de plus en plus et finissent par devenir permanents.

La moelle est formée de cellules sensitives et motrices. L'irritation de ces cellules peut être dissociée ou totale d'emblée. Elle provoque l'irritation du nerf sensitif et du nerf moteur et aboutit aux troubles de la sensibilité, aux troubles moteurs, à l'irritation des vaso-moteurs et par suite aux troubles organiques.

Elle se traduit aussi par des troubles des organes respiratoires et cardiaques.

Suivant la loi posée plus haut l'irritation médullaire aboutit fatalement à l'irritation du plexus solaire, de même qu'elle peut se propager jusqu'au cerveau.

Le plexus solaire irrité cause par ordre de fréquence et

de succession des troubles de l'estomac (dyspepsie), des intestins (constipation, diarrhée, hémorroïdes, etc.), de la partie supérieure du tube digestif (œsophagisme, pharyngisme). Il propage son irritation au plexus hépatique (congestion du foie, ictère, coliques hépatiques) au plexus rénal, hypogastrique et suivant la loi précédente à la moelle et au cerveau.

Le plexus hypogastrique fournit des nerfs sensitifs, moteurs, vaso-moteurs à la vessie, aux organes génitaux, à l'extrémité du gros intestin. Il continue le plexus solaire par l'intermédiaire des plexus mésentérique et lombo-aortique. Irrité il devient sensible et amène des troubles dans les fonctions de ces organes. Vessie (spasmes, congestion, catarrhe, douleurs.)

Organes génitaux, chez l'homme : exagération ou affaiblissement du désir génital, douleurs de la prostate, des testicules, congestion, speumatorrhée ; chez la femme : douleurs aux premières règles, hypéresthésie du vagin, de l'utérus, de l'ovaire, de la trompe catharre et congestion utérine, aménorrhée au dysménorrhée, altérations du sens génital.

Le plexus hypogastriqne peut réagir à son tour sur le plexus solaire, la moelle et le cerveau.

L'irritation du système nerveux a des conséquences funestes sur sa nutrition générale. Elle entraîne une déglobulisation du sang, une altération des éléments de l'urine ; l'acide urique augmente ; les éléments morbides (albumine, sucre) apparaissent ; l'individu maigrit ou devient obèse.

Les altérations fonctionnelles de chaque élément nerveux peuvent rester localisées. Lorsqu'elles se généralisent

ou qu'elles ont tendance à se généraliser, on dit qu'il y a névrose.

Appliquée à la neurasthénie, cette loi du processus neuro-pathologique paraît en recevoir la sanction la plus parfaite ; et ce n'est qu'à ce seul point de vue que nous l'envisagerons. La clinique, en effet, nous enseigne que les localisations viscérales de cette névrose sont au moins aussi nombreuses et aussi importantes que les manifestations cérébro-psychiques, et que, d'ailleurs, les deux ordres de symptômes ne restent pas longtemps isolés, mais s'associent le plus souvent. En d'autres termes, le système nerveux ganglionnaire et sympathique paye à la névrose un tribut aussi lourd que les centres nerveux supérieurs et y présentent une tendance très manifeste à réagir l'un sur l'autre. Ce mécanisme est admis en partie par Blocq dans les termes suivants : la neurasthénie provient du fonctionnement défectueux des appareils ordinairement automatiques et silencieux qui président aux fonctions organiques. Dans le domaine intellectuel, cet affaiblissement détermine la forme cérébrale. La diminution du pouvoir régulateur exercée par le cerveau sur la mœlle et le grand sympathique donnent les formes spinales et sympathiques. Les fonctions viscérales ordinairement inconscientes provoquent des phénomènes anormaux et douloureux.

L'étude clinique de la névrose et surtout de son évolution nous force à admettre la réciprocité du mécanisme signalé par Blocq : c'est-à-dire la réaction du système nerveux viscéral, altéré dans ses fonctions sur le système nerveux central, suivant les termes posés par Leven. Les deux influences ne s'excluent pas. Elles se subordonnent

l'une à l'autre et sont le plus souvent concomitantes. Ces altérations fonctionnelles des éléments nerveux sont primitives et latentes ; elles apparaissent à l'occasion d'une disproportion entre la cause quelconque qui met en jeu la fonction et la puissance de cette dernière pour chaque individu. Cette aptitude fonctionnelle présente les idiosyncrasies les plus variées. Lorsqu'elle est dépassée : il y a épuisement nerveux, il y a neurasthénie. La cellule nerveuse exprime alors la souffrance par les moyens dont elle dispose et suivant son rôle physiologique.

La nature de la cause excitatrie de la cellule est en rapport avec sa fonction. Psycho-intellectuelle pour les centres cérébraux elle se réduit à être purement organique pour les centres ganglionnaires viscéraux ; cette relation nous explique les pseudo-rapports de cause à effet entre les affections organiques viscérales et la neurasthénie, celle-ci n'étant possible qu'en vertu d'une idiosyncrasie spéciale. Les troubles vaso-moteurs, viscéraux, abdominaux par lesquels on a voulu expliquer le mécanisme pathogénique de la neurasthénie peuvent paraître primitifs, mais purement au titre de cause occasionnelle. Ils n'aboutiront jamais à la neurasthénie chez un individu dont le système nerveux présente un coefficient d'aptitude fonctionnelle normal.

En résumé : 1° La neurasthénie ou épuisement nerveux durable dépend de deux facteurs : une cause occasionnelle, une idiosyncrasie spéciale. primitive et latente.

2° La cause occasionnelle peut s'exercer dans les sphères psychique, intellectuelle, sensorielle, organique. Elle peut varier en intensité et en durée avant de provoquer

la névrose suivant la susceptibilité propre du système nerveux.

3° L'idiosyncrasie consiste dans le degré d'aptitude fonctionnelle du système nerveux, pour chaque individu, soit dans l'ensemble, soit dans ses parties ; à la tendance qu'ont ces parties à réagir l'une sur l'autre quand leurs fonctions sont altérées.

4° Cette idiosyncrasie fait fonction des antécédents héréditaires ou acquis.

5° Lorsqu'une cause occasionnelle s'exerce sur l'élément nerveux ainsi prédisposé, elle y crée la neurasthénie, quand elle en a épuisé la puissance fonctionnelle.

6° L'influence de la cause occasionnelle est en raison inverse de l'aptitude fonctionnelle. Son coefficient d'intensité nécessaire, est en raison directe de cette aptitude.

7° La susceptibilité propre à chacun des éléments du système nerveux, la nature de la cause occasionnelle, le siège de l'élément nerveux altéré dans sa fonction, le degré de tendance de ces éléments à réagir les uns sur les autres, créent les formes cérébrale, médullaire, viscérale, périphérique ou générale de la neurasthénie.

GÉNITOPATHIES PRIMITIVES ET NEURASTHÉNIE

« La femme est une matrice servie par des organes a dit Michelet. Sans prendre ces adages dans le sens restreint que lui donnaient nos prédécesseurs, il est permis de remarquer qu'ils étaient la conclusion d'observateurs souvent très judicieux. N'est-ce pas en effet l'appareil génital qui a le plus d'influence sur tout l'organisme de la femme pendant la période moyenne de sa vie ? ; n'est-ce pas là son plus grand foyer d'excitabilité ? : n'est-il point permis d'admettre que les affections qui ont pour siège le système nerveux, soit cérébral, soit cérébro-spinal seront, chez la femme, fortement influencées par les fonctions et les troubles d'un appareil qui tient chez elle une si grande place ? » (Meurisse). Nous savons ce qu'il faut penser sur la nature de la neurasthénie, nous avons vu qu'elle dépendait toujours d'une idiosyncrasie primitive, que la femme qui réalisait ces conditions et se trouvait sous le coup d'une vulnérabilité spéciale du système nerveux était à la merci du moindre choc. Ce choc peut s'exercer sur les fonctions sympathiques ; tantôt on a incriminé la dyspepsie, tantôt les ptoses viscérales, tantôt les altérations hépatiques, dans la pathogénie de la névrose. Est-il plus irrationnel d'admettre que le point de départ de la commotion nerveuse qui va détruire l'équilibre de toutes les fonctions et présider à l'éclosion des accidents névropathiques peut s'exercer

dans les sphères génitales ? Cette considération ne s'appuie t-elle pas au contraire sur l'importance prédominante des fonctions de cet appareil dans l'existence féminine ? L'influence considérable de ces fonctions sur les facultés morales et affectives, la répercussion fréquente de leurs altérations sur toutes les parties du système digestif, qui forme avec le cerveau l'un des termes du trépied vital, n'explique-t-elle pas surabondamment l'importance de leur rôle vis-à-vis du système nerveux ? La nature de ces altérations est des plus variées. Tantôt elle se réduit à de simples troubles de la menstruation, tantôt elle consiste en lésions de texture ; parfois ce sont des vices de la statique génitale, une exagération fonctionnelle momentanée (grossesse) d'autres fois au contraire cette fonction est définitivement supprimée soit par la nature (ménopause) soit par une intervention chirurgicale (castration). L'étude de ces influences morbides, dont ce chapitre fera l'objet, achèvera d'en montrer leur variété et leur importance.

Métro-Salpingo-Ovarites

Les fonctions utérines, créées pour perpétuer l'humanité, dominent l'organisme féminin. A l'état normal le fonctionnement physiologique de l'appareil utéro-ovarien pendant les périodes critiques apporte dans la santé des modifications considérables. La moindre de ses lésions n'a pas moins de retentissement. Loin de rester isolée et localisée, elle étend son contre coup aux appareils voisins, à leur fonctionnement, à la nutrition générale, à l'être

tout entier. Le système nerveux est l'un des premiers atteints.

« Les désordres nerveux (Emmet) et les troubles fonctionnels réflexes résultant d'une altération locale des organes génitaux offrent un champ de recherches très important ». Les remarquables études d'Engelmann à ce sujet ont montré qu'aucun organe, aucun appareil n'échappait à l'influence morbide d'une lésion utérine, et que cette influence pouvait se traduire par les névroses les plus variées. C'est que « le système nerveux essentiellement impressionnable chez la femme ne demande qu'une prétexte pour devenir maladif. Ce prétexte, qu'il atteigne la volonté, la sensibilité ou la motilité, est souvent d'origine génitale (1) ». Fourcauld exprime la même opinion : « Les affections utérines produisent des effets sympathiques sur les différents viscères ainsi que sur les grandes fonctions de l'économie : le cerveau n'y fait pas exception. Elles donnent lieu, surtout les chroniques, à des névroses particulières ». Ces névroses se traduisent souvent par un état d'irritabilité telle, que les femmes qui en sont atteintes souffrent pour ainsi dire de partout (Delbet) (2).

Les symptômes généraux des affections utérines offrent en effet un champ aussi vaste que varié dans lequel il est souvent possible de reconnaître les signes et l'allure de plus d'une névrose. Ils ont été décrits par les gynécologues avec un luxe de détails et une précision qui ne per-

(1) Auvard. *Gynécologie.*

(2) Delbet. *Traité de chirurgie.* — *Métrites.*

met aucun doute à cet égard. Auvard en donne l'énumération suivante :

Troubles de la volonté : modifications du caractère. Troubles de la sensibilité : Impressionnabilité exagérée, névralgies diverses, gastralgies, palpitations, céphalalgies. Troubles digestifs : modifications de l'appétit, de la digestion stomacale, (douleurs, vomissements). Troubles de la digestion intestinale (douleurs, diarrhée et constipation), modifications de la défécation et des matières fécales. Troubles de la circulation.

D'après Becquerel ces symptômes généraux comprennent : des dyspepsies de toute nature avec constipation, des névralgies fixes ou mobiles, des névroses des divers organes, des céphalalgies habituelles et opiniâtres, des douleurs dorsales et cervicales, des courbatures, des palpitations nerveuses, de la diminution de la motilité, avec fatigue facile et enfin des troubles de l'intelligence et de l'état mental qu'il décrit ainsi : « On observe quelquefois une paresse intellectuelle, une nonchalance, un laisser aller qui contrastent avec l'état habituel des femmes : chez d'autres, c'est une tristesse plus ou moins catactérisée, un dégoût plus ou moins profond des plaisirs et des distractions. Chez certaines femmes on observe une modification dans le caractère, une irascibilité plus ou moins grande, un état d'agacement continuel qui contraste avec leurs habitudes ordinaires ». Churchill insiste de même sur l'affaissement de l'état moral, il joint à ces divers troubles des douleurs du sein gauche, des douleurs lombo-coccygiennes, des douleurs du colon, de l'estomac, l'affaiblissement des fonctions organiques et la dépression

de l'activité intellectuelle. Enfin Courty, plus synthétique, range les phénomènes généraux symptômatiques des maladies utérines dans les manifestations du nervosisme sous toutes ses formes.

Toutes les lésions utéro-ovariennes n'intéressent pas au même titre la susceptibilité nerveuse. Il existe à cet égard des différences nettes et bien tranchées, que nous reconnaîtrons facilement en passant chacune d'elles en revue.

Leucorrhée. — Simple expression de l'altération des éléments glandulaires de l'utérus, elle n'est parfois que la seule manifestation de son état pathologique au début. Peu grave et peu inquiétante par elle-même, elle n'est pas moins susceptible à la longue d'avoir de fâcheux effets sur la nutrition générale et d'être la source d'une foule de malaises dyspeptiques (Barnes).

C'est dire que dans certains cas et lorsqu'elle rencontre un terrain préparé, elle peut aboutir à un ensemble de désordres fonctionnels caractéristiques d'une névrose. Nous ne parlerons pas de son influence souvent si grande et si néfaste sur le moral de certaines femmes surtout parmi les classes élevées de la société.

Congestion utérine. — Bien qu'elle ait donné lieu en tant qu'entité morbide à une foule de contestations, elle mérite cependant, en raison de l'autorité des auteurs qui l'ont admise, d'être mentionnée au rang des états pathologiques de l'utérus.

D'après Aran, qui en a fait une étude très détaillée, elle s'accompagne parfois de toutes les formes de dyspepsie, d'un état de malaise général, d'agacement nerveux, de

découragement, d'inertie, d'indifférence complète, d'incapacité absolue pour toute espèce de travail et d'occupation, d'une exagération de la sensibilité morale et physique, de douleurs névralgiques proches ou éloignées.

Métrites, endométrites, déchirures du col. — Ces lésions par leur durée, leur chronicité finissent par altérer peu ou prou le fonctionnement général de l'organisme, et par aboutir à un épuisement nerveux total (1). « On voit souvent survenir chez les femmes qui sont atteintes de métrite interne aiguë des phénomènes nerveux qui pourraient aisément en imposer, si l'on n'en connaissait l'origine, pour une névropathie idiopathique. La métrite chronique amène souvent aussi le même résultat, en créant, non pas d'emblée, mais secondairement par suite de troubles digestifs, de vomissements, de l'anorexie qu'elle entraîne un véritable état névropathique » Guérin n'hésite pas à attribuer ces accidents nerveux à une névrose « Les névroses sont très communes dans la métrite chronique. L'hypochondrie y est également une névrose assez commune surtout chez les femmes débilitées par de longues souffrances et aussi chez celles dont le moral a été ébranlé ».

Cet état mental propre aux lésions utérines, si voisin de celui de l'épuisement nerveux qu'il ne s'en distingue pour ainsi dire par aucun caractère spécial, a été remarquablement décrit par Aran. « Les facultés affectives éprouvent-elles aussi une grande perturbation : quelques femmes tombent dans un abattement moral dont il est impossible de les tirer, elles fuient la société, se complaisent dans les lec-

(1) Brochin *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article « nerveux. »

tures tristes, ou dans des méditations plus tristes encore, sont prises d'une indifférence complète pour tout ce qui les intéressait autrefois ; leur mari, leur enfants les fatiguent et leur sont insupportables : quelques unes sont même prises d'un dégoût profond pour la vie, sans que j'en aie cependant vu attenter à leurs jours. Chez d'autres, les facultés affectives sont plutôt exaltées que déprimées et leurs sentiments exagérés leurs créent et créent à ceux qui les entourent les plus grands chagrins ; tout les blesse et les désespère ; les moindres accidents de la vie leur paraissent des choses effrayantes ; à charge à elles-mêmes et aux autres, elles sont un objet de pitié pour ceux qui ayant obtenu leur confiance apprennent alors combien leur esprit est ingénieux à se créer des chimères et des tourments. » Cet état mental et psychique serait suffisant à lui seul pour expliquer un rapprochement entre l'épuisement nerveux et certains des troubles secondaires aux affections utérines. Mais l'analogie ou plutôt l'identité va plus loin encore ; l'énumération suivante de ces troubles empruntée à Nonat, Martin, Bennett, Martineau, Thomas, Gallard, en fera suffisamment foi.

Appareil digestif. — Appétit diminué ou augmenté, fausse sensation de faim après les repas, état nauséeux, pesanteur, malaise, oppression épigastrique, régurgitations acides ou alimentaires, éructations, ballonnement, quelquefois douleurs intenses, (dyspepsie sthénique) langue saturrale, pesanteur stomacale, nausées, vomissements (dyspepsie asthénique) Flatulenses intestinales, Tympanisme, constipation alternant avec la diarrhée.

Cérébrasthénie. — Sommeil pénible ou lourd non répa

rateur. Rêves, cauchemars. Insomnie, pesanteur de tête. Céphalée opiniâtre, frontale, sus-orbitaire ou occipitale.

Myélasthénie. — Irritation spinale avec hyperesthésie locale. Difficulté de la marche, difficulté à s'asseoir où à se tenir debout. Troubles de la motilité variant plus avec la susceptibilité nerveuse individuelle qu'avec la lésion utérine. Parésie paraplégique pouvant prendre le caractère de paralysie. Dépression remarquable des forces. Lassitude constante et insurmontable.

Troubles de l'état intellectuel mental et psychique. — Dépression de l'intelligence et de la mémoire. Impossibilité de concentrer l'attention. Dépression mentale excessive pouvant confiner aux psychoses. Goûts bizarres, sensations étranges, terreurs sans motifs. Idées fixes. Apathie. Impossibilité de prendre une initiative, caractère plus sensible et plus irritable. Etat de morosité ne permettant plus de trouver du plaisir au travail ou aux distractions de la jeunesse. Découragement, crises de larmes et de sanglots sans manifestations hystériques, grand abattement, tristesse, mélancolie.

Troubles de la sensibilité. — Douleurs lombaires et sacrées d'origine nerveuse. Troubles cardiaques : palpitation ; coccygodynie.

Troubles de la nutrition. — Troubles hépatiques : sécrétion biliaire diminuée ou exagérée, coliques hépatiques avec vomissements bilieux et selles bilieuses coïncidant avec les règles. Foie congestionné, hypertrophié dont l'évolution correspond à celle de l'utérus (Bennett). Excès d'acide urique, d'oxalate de chaux, d'urates d'ammoniaque

dans les urines. Alanguissement de toutes les fonctions. Amaigrissement ou embompoint factices.

Troubles sensoriels. — Vue affaiblie, quelquefois amaurose. Surdité partielle.

La nature, la gravité et la marche de ces troubles varient suivant l'état de débilité de l'organisme et des viscères suivant la constitution.

Vices de position et de forme de l'utérus. — Bien qu'ils ne s'accompagnent pas d'altération des éléments cellulaires au moins dans certains cas, ils sont cependant le point de départ de toute une série de troubles réflexes, qui dans leurs grandes lignes diffèrent peu des précédents. Il est à remarquer que les modifications de position, de volume et de forme des organes viscéraux sans lésion anatomique sont celles qui donnent le plus souvent lieu aux symptômes de l'épuisement nerveux. L'estomac, dilaté et abaissé, le rein mobile, l'hépaptose, l'entéroptose en un mot provoquent d'une façon toute spéciale l'apparition de la névrose, lorsque le terrain s'y prête. L'utérus fera-t-il exception à cette loi générale? La logique et la clinique nous enseignent le contraire. Quoi de plus saisisant que ce tableau tracé par Velpeau (1) des souffrances sans nombre des malheureuses femmes affligées d'une inflexion de l'utérus? « Les femmes qui en sont atteintes se plaignent, sont malades, accusent des souffrances continuelles et passent souvent leur vie dans un espèce d'étiolement qui finit par avoir ses dangers. Leurs digestions sont difficiles ; sujettes aux syncopes, elles ont de la répu-

(1) Velpeau. *Maladies de l'utérus. Discussions académiques.*

gnance au mouvement, ne peuvent marcher, accusent des flueurs blanches, des irrégularités dans la menstruation, une respiration embarrassée. Mais il ne faut point oublier que chez beaucoup de ces malades, le cerveau, l'imagination jouent un rôle qui vient s'ajouter aux véritables douleurs physiques. Les femmes atteintes d'inflexion de l'utérus n'éprouvent donc pas toutes ces mêmes symptômes. Chez celles qui, comme on le dit vulgairement, ne s'écoutent pas, l'inflexion ne donne lieu à presque aucun signe de son existence. Chez les autres, au contraire, soit par organisation, soit par désœuvrement, le besoin de s'examiner, d'étudier ce qui se passe en soi étant irrésistible, la plus petite douleur devient horrible ; elle s'écoutent vivre, pour ainsi dire, et s'exagèrent la moindre souffrance. En effet il n'est point d'être humain qui, en se conduisant de la sorte, ne finisse par croire qu'il porte en lui quelque maladie grave. Quand les femmes en sont arrivées à se persuader qu'elles sont prises de ce côté, si l'on vient à parler devant elles de cancer de tumeur, d'ulcère, plus elles vont, plus s'enracine en elles la croyance d'un état sérieux ». Le rôle de la suggestion est certes l'un des facteurs les plus considérables dans la genèse de l'épuisement nerveux. Il peut presque le créer de toutes pièces, car il est surtout l'apanage de ces femmes à système nerveux délicat, impressionnable, véritables névropathes qui n'attendent qu'une occasion pour tomber dans la névrose. Mais la suggestion n'est pas seule en cause. Elle va de pair avec un ensemble symptomatique secondaire aux déviations utérines, qui confine aux troubles de l'épuisement nerveux. Nous en donnons le résumé suivant, d'après

Becquerel, Fremineau, Dunal, Barnes, Martineau, Thomas et Churchill.

Troubles du système digestif. — Appétit bizarre diminué ou aboli, irrégulier ou capricieux. Digestions souvent pénibles et difficiles, douloureuses. Faiblesses, aigreurs, ballonnemeut, crampes, nausées, vomissements, constipation.

Asthénie neuro-musculaire. — Amyosthénie. Diminution des forces. Courbature facile. Défaut d'énergie physique, sentiment de fatigue. Répugnance invincible pour le mouvement et la marche.

Malaises. Sensations de dépression hypogastrique. Défaillance.

Dépression mentale et physique. Irritabilité. Modifications du moral et du caractère. La malade devient insupportable, inquiète, chagrine, morose, susceptible. Toute occupation devient insupportable et la vie n'a plus d'attrait. Ennuis, inquiétude. Perte de l'énergie morale. Tristesse, découragement, inaptitude au travail. Epuisement des centres nerveux par la douleur. Développement des névroses diverses. Palpitations. Douleurs sympathiques aux différents points du corps. Céphalalgie intense. Congestion du foie. Excès d'acide urique dans les urines. — Troubles de la nutrition générale. Si tous ces troubles préexistent, ils subissent une recrudescence d'intensité.

Salpingites. — Mieux que nous ne pourrions le faire, Labadie-Lagrave (1) a parfaitement caractérisé les troubles

(1) Labadie-Lagrave. *Salpingites. Semaine médicale*, 1895.

généraux consécutifs à ces affections. « L'acuité et la persistance de la douleur ne tardent pas à retentir sur l'état général. La déchéance organique commence ordinairement par les troubles intestinaux. Les malades souffrent de gastralgie, de dypsepsie flatulente, d'un état nauséeux presque continu. On note bientôt tous les signes de la dilatation stomacale : ballonnement de l'épigastre, de l'intestin, éructations gazeuses, acides. La plus légère pression du creux de l'estomac est intolérable. Les malades ne peuvent souffrir la constriction du corset. En général, la constipation est opiniâtre. Sous ces diverses influences, l'appétit se perd ou devient extrêmement capricieux, le plus léger repas étant suivi de ballonnement, de gène, de bouffées de chaleur. Des troubles nerveux entrent en scène. Ce sont des douleurs vagues, erratiques, des périodes d'excitation et de dépression. Le caractère devient triste, irascible, et l'on peut voir survenir tous les signes de la neurasthénie la plus profonde. »

Ovarites. — La plupart des auteurs s'accordent à considérer l'ovarite comme l'origine la plus importante de troubles nerveux quelquefois très graves. On sait le rôle attribué à l'ovaire dans la genèse de l'hystérie, rôle incontestable et incontesté, depuis que Charcot en a précisé l'importance et les limites. Il semble que l'épuisement nerveux revendique aussi une grande part des manifestations névropathiques consécutives aux lésions ovariennes. Auvard les considère comme aussi graves que celles qui suivent les affections utérines.

Courty et Aran prétendent qu'elles portent encore davantage sur le moral et s'accompagnent de symptômes

nerveux plus marqués. Martin est plus explicite encore : « Les affections ovariques donnent naissance à un groupe de symptômes spéciaux du côté du système nerveux. Les névroses consécutives à ces affections offrent encore bien des obscurités qui sont la cause même des incertitudes qui règnent dans l'anatomie pathologique des maladies de l'ovaire. Il est de ces névroses qu'aujourd'hui encore nous ne pouvons qu'indiquer comme faisant partie du cortège symptomatique des affections ovariques sans leur assigner de motifs plausibles. »

Parmi ces névroses, nous considérons l'épuisement nerveux, comme l'une des plus fréquentes ; il est d'ailleurs suffisamment caractérisé par les troubles dyspeptiques, les troubles nutritifs généraux, les névralgies, l'irritation spinale, l'atonie mentale et psychique profondes, qui constituent le fonds de ce cortège symptomatique.

Les déplacements de l'ovaire donnent lieu aux mêmes susceptibilités et aux mêmes symptômes. Nous en rapportons une observation caractéristique.

Les *phlegmasies péri-utérines* chroniques aboutissent souvent à l'hypochondrie (Bernutz et Goupil).

Les *tumeurs ovariennes et utérines* peuvent au début et lorsqu'elles ont un volume minime provoqner les signes de l'irritation spinale et cérébrale. Le fait est fréquent pour les ovaires scléro-kystiques. Il semble alors qu'elles agissent uniquement par voie reflexe. Ces tumeurs retentissent d'autant moins sur le système nerveux que leur volume est plus considérable. Il s'établit alors une tolérance nerveuse spéciale ou bien la nature de leurs lésions

progressives est-elle moins susceptible d'agir sur les ramifications nerveuses qu'elles intéressent.

En définitive si l'on considère que les symptômes nerveux consécutifs aux lésions de l'appareil utéro-ovarien ne s'établissent que lorsque ces lésions par leur durée et leur chronicité ont frappé d'une sorte de déchéance fonctionnelle l'organisme tout entier, dans ses sphères physiques, intellectuelles ou psychiques, qu'ils sont la conséquence naturelle et l'expression ultime de cette déchéance, qu'ils atteignent tous les organes et toutes les fonctions dont les troubles caractérisent l'épuisement nerveux, et qu'ils ne diffèrent en rien de ces derniers, même par leurs nuances les plus délicates, on admettra forcément qu'ils sont l'expression de cet épuisement nerveux même, de la neurasthénie. Nous ne voulons pas dire par là que la neurasthénie soit la conséquence forcée et unique de ces lésions. Elles peuvent engendrer d'autres névroses telles que l'hystérie, des psychoses, des vesanies. Le fait est connu, et il n'y a pas lieu d'y insister. D'autre part les céphalées, les dyspepsies et les autres troubles généraux consécutifs peuvent très bien rester isolés et évoluer pour leur propre compte. Mais dans la plupart des cas ces troubles se greffent sur un terrain prédisposé ; ils s'associent, se généralisent et se subordonnent les uns aux autres, évoluent enfin, non comme manifestations locales d'un trouble organique isolé, mais comme dépendant d'une altération nerveuse fonctionnelle et générale qui les commande tous : la neurasthénie, terme ultime de ces génitopathies. Les neurologistes sont unanimes à reconnaître la véracité de

ce fait (1). « Il y a des états neurasthéniques vrais, souvent aigus, parfois très intenses, consécutifs à des affections de l'appareil utéro-ovarien. Je dois même avouer que très souvent chez la femme, les lésions ou simplement même les fonctions de cet appareil jouent un rôle important dans la pathogénie et l'évolution des troubles neurasthéniques ». Blocq (2) n'est pas moins catégorique; « Parmi les causes (de la neurasthénie) qui influent par l'intermédiaire de l'affaiblissement général de l'organisme qu'elles réalisent on a cité : les désordres des grands appareils et en particulier des systèmes digestif, génito-urinaire ».

Bouveret réagit contre la tendance à considérer comme neurasthénique, toute souffrance d'origine utéro-ovarienne. Mais ces réserves faites « on ne peut nier, dit-il, que quelques cas de neurasthénie féminine n'aient pour cause réelle une ou plusieurs de ces affections chroniques de l'appareil utéro-ovarien ».

Mathieu déclare que « chez la femme atteinte de lésions chronique de l'utérus ou de ses annexes, la neurasthénie est souvent observée. Quoi d'étonnant qu'elle apparaisse dans des conditions ou tout se réunit souvent pour susciter la névropathie. Les douleurs répétées, parfois une longue réclusion, la coquetterie et l'amour-propre blessés, les ennuis de toute sorte que créent à une femme l'existence et la conscience d'une infirmité sexuelle, tout cela est bien fait pour amener le découragement la dépression et, pour l'appeler par son nom, la neurasthénie.

(1) Levillain. *Essais de Neurologie clinique.*

(2) Blocq. *Etudes sur les maladies nerveuses.*

Celle-ci à son tour, peut aggraver la maladie locale en vertu des troubles généraux de la santé qu'elle provoque, de l'anémie qu'elle favorise, de la dyspepsie qui amène un trouble de la nutrition etc. » Mathieu considère avec raison ces neurasthénies comme secondaires et bien différentes dans leur expression symptomatique de la neurasthénie primitive. Moins exclusif que cet auteur, nous pensons que la neurasthénie utérine n'est pas toujours le fait de l'affaissement moral, qu'elle peut être uniquement déterminée par le trouble réflexe de toutes les fonctions organiques lorsque la nature du terrain s'y prête. Et comment, ne s'y prêterait-elle pas, aujourd'hui surtout que la névropathie, héréditaire ou acquise, tend à s'universaliser de plus en plus, entretenue, augmentée, et transmise par une éducation défectueuse, des habitudes vicieuses, un genre de vie où les passions littéraires et mondaines, les intérêts d'argent, les soucis domestiques, politiques ou autres dominent toute la scène de la vie féminine ?

OBSERVATION I (personnelle). — *Neurasthénie utérine secondaire.*

Eugénie C.., âgée de 36 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de ramollissement cérébral.

Antécédents personnels. — Fièvre muqueuse à 14 ans. Réglée la même année. Les règles sont, régulières très abondantes durent 7 à 8 jours, sont quelquefois odorantes. Au début elles étaient très douloureuses. Mariée à 18 ans, un enfant à 19 ans. Accouchement au forceps. Hémorragies, alite-

ment de 15 jours. Retour de couches 5 mois après. Allaitement. Une deuxième grossesse à 22 ans, pénible, avec affaiblissement général, anorexie; accouchement normal et rapide. Alitement pendant 2 mois à cause de la faiblesse. Retour de couches au bout d'un mois. A partir de ce moment les règles deviennent de plus en plus douloureuses. Douleurs générales et continues, lombo-abdominales et crurales. Leucorrhée abondante. La malade se fait soigner. On pose le diagnostic d'ulcération du col. Amélioration au début mais retour de la dysménorrhée et des douleurs. L'appétit se perd, les digestions deviennent mauvaises, l'affaiblissement général, la constipation opiniâtre. Céphalée, migraines, sommeil agité, cauchemars. Douleurs rachidiennes et interscapulaires intolérables, surtout la nuit, vers 3 à 4 heures du matin. Palpitations. Idées noires. Impressionnabilité extrême. Crises gastralgiques malgré l'usage du régime lacté. On pratique alors un curettage Il est suivi d'une amélioration dans l'abondance et la durée des règles, dans l'intensité des douleurs et des accidents nerveux. 5 mois après, forte métrorrhagie, suivie d'une grande faiblesse, due à la présence d'un fibrome utérin de la grosseur d'une petite orange qu'on avait découvert au cours du curettage. Les accidents nerveux sont apparus de nouveau. *Etat actuel* : Appétit capricieux. Digestion pénible. Après les repas renvois acides, douleur et pesanteur stomacales. Ballonnement, somnolence, congestion de la face, palpitations, constipation rebelle. Défécation douloureuse. Selles muco-membraneuses.

Le sommeil est mauvais. Grande difficulté à s'endormir. Réveils faciles et fréquents. Cauchemars. Agitation. Le matin, au réveil, fatigue et somnolence pendant quelques heures.

Céphalée fréquente et violente surtout après les repas, occipito-frontale avec hyperacousie, sensation de casque, élancements douloureux. Elle disparaît la nuit et dure 1 à 2 heures.

Faiblesse marquée des membres inférieurs avec sensation de fourmillements, rendant la marche difficile et forçant la malade à rester le plus souvent assise.

Mémoire mauvaise, la malade ne se souvient pas du motif de ses actes, et ne peut se rappeler les noms propres. Lecture d'un journal fatigante. Dégoût de ses occupations. Recherche de l'isolement. Idées noires. Idées de suicide.

Douleurs interscapulaires et rachidiennes, surtout après les mauvaises digestions, fixes, mais variables en intensité.

A l'examen des organes : Estomac dilaté. Clapotement jusqu'à 2 travers de doigts au dessus de l'ombilic 4 heures après le repas. Cœur normal. Pas de stigmates hystériques.

A suivi sans grande amélioration un traitement hyperchlorydrique et laxatif.

OBSERVATION II (résumée). — Empruntée à Levillain. (*Essais de Neurologie clinique. Neurasthénie utérine secondaire*).

Mme R. 46 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère névropathe, morte à la suite d'une série d'attaques de paralysie, une sœur morte de méningite cardiaque et tuberculeux dans les collatéraux.

Antécédents personnels. – Histoire de la maladie. Bonne santé dans l'enfance. Mariée à 18 ans ; fausse couche suivie de névralgie intercostale tenace (2 ans). Vers 38 ans, pelvi-métrite intense ; depuis règles difficiles, douloureuses ; 3 ans plus tard abcès pelvien ouvert dans l'intestin. Convalescence longue et difficile, métrorrhagie et apparition des accidents suivants : troubles dyspeptiques, pesanteur, ballonnement, vertiges après les repas, lientérie.

Troubles du sommeil. Réveils fréquents. Impossibilité de se

rendormir. Amyosthénie matutinale. Lassitude plus prononcée et persistante le matin. Légers troubles sensoriels : Mouche volante, bourdonnement d'oreilles.

Troubles du caractère. Irritabilité. Apathie. Désespoirs. Préoccupations excessives de sa santé, dégoût de la vie allant jusqu'à l'idée de suicide.

OBSERVATION III (Résumée). — Empruntée à LEVILLAIN. *Neurasthénie secondaire utéro-ovarienne.*

Mme de Z.., 32 ans.

Antécédents héréditaires neuro-arthritiques.

Antécédents personnels. - Menstruation tardive et irrégulière. Neuranémie des jeunes filles avec anoréxie et amaigrissement. Mariée à 19 ans en bonne santé,mais délicate. Quelques mois après, douleurs dans le ventre ; à 23 ans, fausse grossesse suivie d'une poussée de pelvipéritonite. Depuis persistance des douleurs dans le ventre et troubles nerveux ; faiblesse du dos, étourdissements, quelques phobies ; de 24 à 27 ans poussées de congestion pulmonaire suivies de guérison.

En 1890, traitée sans succès tour à tour pour empâtement de l'ovaire,tubercules des annexes, salpingite.En 1891, ablation de de l'ovaire et de la trompe droite Continuation des douleurs et de la gène de la marche. En 1893 développement d'un état nerveux : vertiges, angoisse, sensation phobique d'anéantissement, évanouissements, insomnie, inappétence, découragement, irritabilité, faiblesse générale. En 1894, disparition de ces troubles, à la suite d'injections séquardiennes. Depuis, tentatives de redressement de l'utérus avec retour des douleurs de ventre et de quelques troubles nerveux.

Actuellement (1895), douleurs persistantes dans le ventre et les reins, crises de courbature musculaire provoquées par la

marche ou spontanées, sensations algiques dans les yeux, besoin de grande lumière, angoisse du crépuscule et de l'obscurité, état vertigineux fréquent, troubles du sommeil avec réveils en sursaut, « oppressée et inquiète à devoir faire vive lumière et à se tâter le pouls pour se rassurer, » légers troubles dyspeptiques. Amyosthénie générale très accusée.

OBSERVATION IV (Résumée). — Empruntée à Nonat. *Neurasthénie utérine secondaire.*

Madame Neut... 35 ans. Tempérament nerveux, forte constitution.

Bonne santé habituelle. Il y a 7 ans à la suite d'un violent chagrin, apparition d'accidents nerveux : étourdissements, sentiment de faiblesse générale, refroidissement général, sous forme de crises revenant plusieurs fois par jour, précédées d'une grande surexcitation cérébrale et suivies de sueurs abondantes. Soumise sans résultat à un traitement approprié pendant 15 mois. La disparition de ces accidents est suivie de l'apparition de douleurs comparables à celles de l'accouchement dans les reins, les flancs, le bas ventre, les cuisses et les côtes. Leucorrhée concomittante.

Malgré l'emploi de moyens calmants aucune amélioration. Madame Neut est alors confiée aux soins de l'auteur qui constate l'existence d'un phlegmon péri-utérin.

L'état général exprime la souffrance. Céphalée revenant par crises : fatigue cérébrale pour la cause la plus légère, susceptibilité nerveuse au plus haut degré, diminution de la mémoire ; sensations bizarres dont la malade ne peut se rendre un compte exact : abaissement prononcé des forces : Digestions difficiles, éructations gazeuses.

Constipation opiniâtre. Selles mêlées de glaires.

Traitement dépuratif, saignées, vésicatoires, ventouses scarifiées au début, raclage de la matrice. Cautérisation intra-utérine. Amélioration au bout de 5 mois. Retour des forces et de l'embompoint.

OBSERVATION V (Résumée). Empruntée à TRIPIER. *Neurasthénie utérine secondaire à forme psychopathique.*

Mme B... 42 ans. 2 couches heureuses, la dernière il y a 10 ans.

Depuis, douleurs pelviennes de siège variable qui ont augmenté progressivement de fréquence et d'intensité.

Marche très pénible. Gastralgie. Céphalée continuelle.

Obsession phobique du choléra qui empêche la malade d'aller à la selle ; depuis 3 ans elle ne cède à ce besoin qu'à la dernière extrémité. Examinée en juin 1867 elle présente un abaissement de l'utérus et une rétroflexion à angle droit avec brisure très perceptible. Engorgement du corps : col granuleux, leucorrhée. Menstruation irrégulière, traitée par la faradisation utérine et contre la leucorrhée par des crayons au tannin. En 1869, flexion presque disparue, amélioration de l'état du tissu utérin. Etat général meilleur, disparition de la gastralgie et de la céphalée. Persistance de la peur du choléra. Deux ans après guérison totale et définitive.

OBSERVATION VI (Résumée). — Empruntée à FOURCAULD. *Neurasthénie utérine secondaire à forme psychopathique.*

Madame C... âgée de 39 ans, réglée à 14 ans. Santé normale jusqu'à 36 ans. A ce moment atteinte de métrite catharrale, se

fait soigner en province et se croyant guérie vient habiter à Paris, il y a de cela un an. Depuis cette époque, leucorrhée, douleurs lombaires, disparition de l'appétit autrefois très bon. Son caractère très gai autrefois est devenu très triste. La nuit elle se réveille en sursaut ; elle entend des voix d'hommes qui veulent l'emmener en Egypte. Mais malgré les sommes considérables qu'on lui propose, elle pleure à l'idée de quitter son mari et ses enfants. Sa vie est perdue. Sur les conseils de quelques personnes elle fait de l'hydrothérapie. Ce traitement amène une certaine amélioration.

Mais elle le cesse, et sa mélancolie augmente. Il s'y joint des idées de suicide. L'auteur l'examine en 1877 et constate une large ulcération occupant les deux lèvres du col en rapport avec une métrite chronique.

Traitement. — Hydrothérapie, régime tonique, cautérisation du col au nitrate d'argent. Au bout de 2 mois disparition de l'ulcération. Presque plus de leucorrhée. Plus d'hallucinations, mais encore un peu de mélancolie. En juin grande amélioration. Séjour à Néris dont la malade revient complètement guérie et pour toujours.

OBSERVATION VII. Empruntée à FOURCAULD. — *Neurasthénie utérine secondaire à forme psycopathique*

Madame B., âgée de 38 ans, bien réglée, mère de 3 enfants, sans antécédents ni hérédité au point de vue intellectuel, se plaint depuis quelque temps de malaises à la région pelvienne avec douleur du côté du sacrum, s'augmentant par les efforts divers. Quelques pertes blanches. Elle ne consulte personne et devient extrêmement triste. Elle pleure presque toute la journée. Elle entend la nuit une voix qui lui dit qu'elle mourra bientôt. Elle ne veut prendre aucune nourriture. Je constate une

métrite simple. Au bout d'un mois, la malade va très bien. Il n'y a plus ni douleur ni écoulement. Le col qui était volumineux a repris la forme ordinaire. L'état mental est excellent. Mme B... est gaie et est la première à rire de ses idées d'autrefois. Jusqu'à présent la guérison ne s'est pas démentie.

OBSERVATION VIII. Empruntée à FOURCAULD. - *Neurasthénie utérine secondaire à forme psychopathique.*

La nommée N.., Berthe, âgée de 42 ans, encore bien réglée, vient me consulter le 2 novembre 1877. Depuis quelque temps elle a fréquemment des tournements de tête et comme un brouillard devant les yeux. Elle n'a de goût à rien, est profondément triste, pleure en parlant de choses qui n'ont pour elle aucun intérêt. Elle croit voir constamment des insectes sur elle. Elle perd beaucoup en blanc et a de violentes douleurs lombaires. En l'examinant, je constate une ulcération assez profonde, ainsi que du catarrhe purulent. Je la vois 2 fois par semaine et dans les premiers jours de février elle est complètement guérie, tant au physique qu'au moral. Il reste seulement quelques tournements de tête, beaucoup plus rares qu'auparavant.

OBSERVATION IX. Empruntée à NORSTROM (*massage de l'utérus.* Résumée).— *Chloro-neurasthésie utérine secondaire à forme cachectique.*

Mlle L.., 18 ans. Réglée à 14 ans. Règles rares, irrégulières et abondantes accompagnées de douleurs dans les reins et les aines. Depuis 1875 métrorrhagies presque continues, dysuries mais mictions rares. Constipation. Sensation subjective d'un corps étranger à l'hypochondre droit. Névralgie pariétale dou-

ble. Œdème des pieds et des molléoles diminuant par le décubitus. Amaigrissement. Affaiblissement extrême. Céphalée constante. Palpitations, accès de suffocation. Etourdissements à l'occasion du moindre effort. Inappétence, répugnance pour les aliments. Sommeil irrégulier, insomnies fréquentes. Regard abattu, sans éclat. Découragement; idées de suicide.

A l'examen local, rétroversion, fibrômes multiples. Traitement par le massage. Au bout de 4 mois disparition des symptômes fonctionnels utérins. Guérison durable de l'état général.

OBSERVATION X (personnelle). — *Neurasthénie utérine secondaire.*

Madame O..., âgée de 25 ans, couturière, se présente à nous le 2 mars 1898.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de paralysie d'origine cérébrale. Mère, frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels.— Réglée à 17 ans, régulièrement, assez abondamment. Elle perd quelquefois en caillots.

Mais depuis 18 mois les règles sont devenues irrégulières et moins abondantes, s'accompagnant de métrorrhagies intermenstruelles; leucorrhée peu abondante mais très ancienne.

Métrite il y a 18 mois qui a provoqué l'apparition des troubles suivants observés *actuellement*: Douleurs dans les reins, les côtés, surtout à gauche, moins fortes dans les jambes plus intenses pendant et après les règles ou quand la malade a marché et s'est fatiguée. Douleurs abdominales pendant la défécation et quelquefois pendant la miction. Dyspepsie, crampes d'estomac avant et après les repas. Ballonnement. Constipation. Céphalée hémicranienne gauche, temporale et fréquente, sensation habituelle de faiblesse et de lassitude. Accablement général le matin au réveil. Douleurs interscapulaires surtout

pendant la station assise. Mélancolie. Tristesse. Idées noires. La malade a été soumise à un curettage qui a amélioré par contre-coup l'état général. Mais les douleurs sont revenues avec tout leur cortège de troubles neurasthéniques : L'examen local décèle un fibrome interstitiel au début avec latéroversion utérine droite et un léger degré d'ovarite.

OBSERVATION XI (personnelle). — *Neurasthénie utérine secondaire à forme commune.*

Mme B..., âgée de 23 ans, sans profession (Mars 97).

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial.

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — Chlorose à 15 ans. Influenza récente. Réglée à 15 ans. Ses règles avancent toujours de 5 à 6 jours, sont peu abondantes. durent 6 à 7 jours. Leucorrhée abondante très ancienne. Mariée il y a 7 mois. Pas d'enfants ni de fausses couches.

En janvier de la même année apparition de douleurs au ventre, aux reins, aux jambes, dans les côtés. Ces douleurs s'exagèrent après les marches ou les fatigues et au moment des règles, se renouvellent, quoique moins intenses, pendant les rapports conjugaux En même temps Mme B... a commencé à présenter les symptômes neurasthéniques, suivants : défaut d'appétit, Digestion lourde et pénible. Après les repas pesanteur épigastrique, éructations gazeuses, ballonnement, somnolence avec congestion de la face. Pas de constipation mais par intervalle selles muco-membraneuses. Sommeil agité, difficile. accompagné de cauchemars. Réveils fréquents sans pouvoir se rendormir. Le matin, sensation générale de lassitude, de fatigue s'accompagnant de maux de tête. Céphalée fréquente, frontale avec pesanteur et sensation de cercle métallique autour de la tête. La céphalée revient par crises d'une durée de 2 heures

environ. Les fatigues provoquent des éblouissements et des vertiges.

Parèsie musculaire des membres. Sensations de fourmillements et d'engourdissements fréquentes dans les jambes. Fatigue et lassitude habituelles qui rendent la moindre marche extrêmement pénible. Sensations de fourmillement dans les yeux, de pesanteur aux paupières.

L'examen local fait constater un utérus gros (double du volume normal) avec antéflexion très prononcée et atrésie du col

OBSERVATION XII (Résumée). Empruntée à VALLIN. *Situation et prolapsus des ovaires. Neurasthénie ovarienne secondaire à forme hypéresthésique.*

Mlle J. R..., âgée de 22 ans. Réglée à 15 ans et demi.

Antécédents personnels : menstruation difficile. Dysménorrhée douloureuse, points très douloureux au niveau des ovaires surtout à gauche.

État général *actuel* suivant : douleurs iliaques lombaires, crampes le long de la face interne des cuisses, pesanteur des membres, fourmillements, ténesme vésical, miction fréquente ; gastralgie, fonctions digestives paresseuses, constipation habituelle. Marche difficile. Station debout prolongée impossible. Altération du caractère, irritibilité excessive, dégoût de la vie, nervosisme prononcé ; douleurs à la pression le long de la colonne vertébrale, sur le trajet des nerfs, surtout intercostaux et génito-crural. Point très douloureux au niveau des fosses iliaques. A l'examen local retroflexion congénitale de l'utérus : col conique. Sténose de son orifice. Prolapsus des deux ovaires, surtout du gauche.

Traitement : discision et successivement application de pessaires sans résultat. Ovariotomie double. Suites de l'opération

bénignes. Persistance pendant quelques mois des points douloureux gauches. Puis guérison complète.

OBSERVATION XIII (Résumée). — Empruntée à VALLIN. *Neurasthénie utéro-ovarienne, secondaire à forme psychique.*

Une dame atteinte de dysménorrhée membraneuse, de déchirure du col, de rétroversion, présente des sensations nerveuses et cérébrales particulières : douleurs de tête, humeur irritable, malaise général, dégoût de ses devoirs de maîtresse de maison, abattement etc., qui cèdent au traitement utérin. A la suite d'une chute de voiture, prolapsus de l'ovaire gauche dans le cul-de-sac inférieur, nouvelle apparition des mêmes troubles nerveux. Rétablissement de l'ovaire dans sa position normale suivie d'une disparition de l'état nerveux.

OBSERVATION XIV (Résumée). — Empruntée à VALLIN. *Neurasthénie utéro-ovarienne à forme psychique* (*fruste*).

Mme X..., 29 ans, blanchisseuse, mariée. Réglée à 12 ans irrégulièrement, 2 fausses couches, 4 enfants à terme. Subinvolution utérine consécutive à la dernière fausse couche avec prolapsus de l'ovaire, sur la partie latérale et postérieure de l'utérus. Symptômes neurasthéniques : nausées, douleurs dans le côté gauche, modifications du caractère devenu impatient, irritable ; sentiment de lassitude et de dégoût pour les efforts intellectuels et physiques, irritation ovarienne, nervosisme. L'auteur fait remarquer au sujet de cette observation que Mundé a vu des accès d'épilepsie et d'aliénation mentale provoqués par des déplacements de l'ovaire.

Ménopause.

Il est indiscutable que la ménopause exerce une influence salutaire et réparatrice sur les lésions antérieures de l'appareil utéro-ovarien puisque cette influence artificiellement provoquée par l'ovariotomie, constitue l'une des meilleures ressources de la thérapeutique chirurgicale contre certaines affections utérines. Il est encore vrai que par elle-même elle crée une moindre susceptibilité de cet appareil aux influences morbides auxquelles il peut être plus tard soumis. A ce double titre il semblerait que la ménopause peut et doit étendre sa sphère protectrice aux troubles nerveux capables d'être suscités par les affections utéro-ovariennes. Il en est ainsi dans quelques cas, mais c'est loin d'être la règle unique et générale. Un grand nombre de recherches démontrent en effet que l'âge critique peut être le point de départ d'une foule de perturbations du système nerveux et de névroses confirmées. Barié dans sa remarquable thèse inaugurale nous apprend que « les troubles les plus fréquents de la ménopause sont les troubles nerveux ; on observe surtout des névropathies : vertige, insomnie, céphalées fréquentes, névralgies, points douloureux, sensations de froid, de fourmillement, d'engourdissement aux membres inférieurs. Des névroses graves sont influencées d'une façon certaine par la ménopause. Si dans quelques cas elle a paru les guérir ou tout au moins les améliorer dans d'autres observations très nettes, elle semble les avoir provoquées chez des mala-

des vraisemblablement disposées. Le moral et les facultés affectives de la femme ne sont pas moins troublés que le reste de l'économie ; elle est triste, inquiète, très soucieuse de son état qu'elle croit être l'indice de maladies graves ou même d'une fin prochaine ». D'après Bouchut : « l'âge critique ou de retour, autant par le changement qu'il apporte à la vie de quelques femmes qui vieillissent et cessent d'être entourées, que par le fait de la cessation des règles est souvent l'origine de l'état nerveux chronique ». Sandras est tout aussi affirmatif : « A la ménopause presque toutes les femmes passent par l'état nerveux à différents degrés qui dure soit quelques mois, soit des années surtout lorsqu'il y a d'autres causes intercurrentes » John Tilt a consacré le 11e chapitre de son ouvrage (*The change of life in healt and disease London* 1857) à l'influence de la ménopause sur le développement des névroses. Il a constaté le « *nervous irritability* » 459 fois sur 500 femmes arrivées à l'âge critique. Brochin fait mention des souffrances nerveuses si fertiles dans la ménopause et susceptibles d'atteindre jusqu'au degré qui constitue la névropathie. Même affirmation de Tripier. « La ménopause apporte-t-elle aux femmes le calme local ? Alors que semblent s'atténuer les manifestations locales de ses appétits physiologiques et de quelques-unes de ses affections morbides le retentissement de son influence névrosique se maintient intact, souvent même il s'accroît ». Une rapide revue des éléments étiologiques capables de provoquer les accidents de la ménopause, viendra encore confirmer cette attestation unanime.

Ce sont en effet les causes habituelles de l'épuisement

nerveux : accouchements antérieurs laborieux et répétés, irrégularité habituelle des règles, fatigues, veilles prolongées, défaut d'exercice et par dessus tout prédisposition individuelle, influence de l'état nerveux antérieur. Les accidents de la ménopause sont en tout comparables à ceux qui apparaissent à l'établissement des premières règles, alors que toutes les fonctions organiques subissent le contre coup de cette grande perturbation physiologique qu'est la puberté C'est dire qu'ils sont variés et multiples. Du côté du système nerveux on note les céphalées, les vertiges, les sentiments de malaise continus, la fièvre nerveuse, des douleurs épigastrique, lombaire générales, de la somnolence, un besoin de repos constant, un épuisement facile par tout exercice physique ou intellectuel. Le caractère subit des modifications profondes, il passe tour à tour de la plus grande tristesse à la plus grande exaltation. Les fonctions cérébrales sont gravement atteintes.

L'attention est diminuée ; les conversations sont pénibles à suivre, le mot propre n'y vient pas : il en résulte une indifférence et une apathie complète.

L'estomac n'échappe pas à ces désordres généraux : il traduit sa moindre vitalité par des troubles digestifs de toute nature, dyspepsie, exagération de la constipation, spasmes intestinaux, etc. En somme, perturbation organique générale et profonde, épuisement nerveux de toutes les fonctions, telle est la caractéristique de cette période si féconde en manifestations morbides. Que ces troubles se greffent sur un système nerveux délicat et impressionnable, ils ont leur contre-coup sur toutes les facultés psychiques et mentales ; ils en reçoivent d'elles une in-

fluence réciproque qui les entretient et en favorise la re crudescence. Est-il étonnant alors que l'âge critique, capable dans certains cas de rappeler la diathèse arthritique (Barié) puisse engendrer la neurasthénie ?

N'est-il pas évident que nous devons souscrire sans hésiter aux affirmations si unanimes, si autorisées que nous avons déjà données ? Nervosisme jadis, neurasthénie aujourd'hui : c'est là la seule modification dont elles soient justiciables. Les termes changent, mais la nature des choses est immuable.

OBSERVATION XV. — Empruntée à Lafosse (Thèse Paris 1887).
Neurasthénie secondaire à la ménopause

Madame Pe... 52 ans. Grand-père maternel hémiplégique. Une sœur morte de méningite (?) aurait eu des attaques de nerfs pendant 18 mois. Caractère triste inquiet. A la ménopause douleurs dans le dos, faiblesses dans les jambes, angoisses cardiaques, etc. Depuis deux ans sensations de vide cérébral, sensation de pression surtout aux tempes, sensation de « ballottement du cerveau dans le crâne ». Ensuite douleur pulsatile du vertex en « coups de marteau », calmée par le repas, par une émotion, etc. Alternances des douleurs de la tête et du dos.

OBSERVATION XVI. — (Lafosse) *Neurasthénie secondaire à la ménopause.*

Mme Fe... 54 ans, couturière. Migraineuse comme sa mère et sa grand'mère maternelle. Depuis longtemps douleur de tête qui, à la ménopause (c'est-à-dire il y a 2 ans) est devenue moins

intense, mais s'est généralisée à toute la tête : il y a même des irradiations depuis l'occiput jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Engourdissement douloureux des membres. Ces douleurs reviennent par accès diurnes de plusieurs heures de durée, se répétant tous les deux ou trois jours. Anxiété, alternatives de bouffées de chaleur et de sueur, tremblement, pleurs etc.

OBSERVATION XVII. — Empruntée à LAFOSSE *Neurasthénie secondaire à la ménopause.*

Madame C.. 54 ans. Mère asthmatique. Début de l'affection à la ménopause. Vers cette époque chagrins, plaque sacrée. Engourdissement et fatigue des membres inférieurs, céphalée nette, sensation de casque pesant, raideur de la nuque, sensibilité exagérée du cuir chevelu.

OBSERVATION XVIII. — Empruntée à BERTHIER. *Neurasthénie secondaire à la ménopause (forme psychopathique).*

Madame X..., d'une constitution délicate a joui d'une bonne santé jusqu'au moment de la ménopause. Depuis un an elle voit irrégulièrement et se trouve affectée d'une tristesse morbide : quelques légères contrariétés ont pu donner lieu à cette maladie. Les symptômes chez elle sont portés au dernier degré : on ne peut la distraire bien qu'elle soit du côté de la fortune dans une position entièrement heureuse. Elle fuit la société, les plaisirs ; elle qui auparavant était très vive et très recherchée, a dans sa mise un négligé insoutenable. Plusieurs fois cette dame a essayé d'attenter à ses jours. Je ne puis parvenir à redresser ses idées « comme vous, me dit-elle, je réfléchis sur mon mal, je cherche à vaincre et je ne le puis, j'ai honte de ma situation »

OBSERVATION XIX (Résumée). — Empruntée à LEVILLAIN. *Neurasthénie secondaire à la ménopause (forme phobique).*

Madame G... 46 ans.

Antécédents héréditaires neuro-arthritiques.

Antécédents personnels excellents jusqu'à 24 ans. A cette époque, métrite grave suivie d'accidents spécifiques secondaires, d'un phlegmon péri-utérin et de nombreuses hémorragies utérines. Depuis 3 ou 4 ans les règles commencent à s'interrompre. En coïncidence avec l'apparition de la ménopause se sont développés des troubles cardiaques : palpitations, accès d'oppression, intermittences et réveils en sursaut, déterminés par des secousses brusques du cœur avec angoisse nerveuse très pénible et crainte anxieuse de la mort. — Ces troubles cardiaques se produisent manifestement sous l'influence d'émotions morales pénibles. Ils préoccupent vivement Mme G... et la mettent dans un état constant d'appréhension de la mort. En même temps ils ont développé une sorte de monophobie qui l'empêche de sortir seule depuis qu'au cours d'une promenade elle a été prise d'un de ces malaises, qu'elle appelle ses « fatigues au cœur ». A la suite de tous ces troubles Mme G... a été atteinte peu à peu : d'abord de troubles du sommeil (cauchemars, parfois insomnie) ; de troubles dyspeptiques (bâillements après le repas, rougeur de la face, pesanteur et ballonnement), de fatigue musculaire générale compliquée d'ailleurs par la gène de la marche due aux troubles cardiaques ; enfin et surtout d'une modification du caractère, qui est devenu triste, préoccupé et irritable à l'excès « les moindres bruits m'agaçent, la conversation me fatigue

j'ai perdu toute énergie. J'ai toujours peur de me trouver mal et par suite de sortir, de rester seule, etc ».

Troubles de la menstruation.

L'influence de la ménopause sur le développement de la neurasthénie prouve que souvent les simples altérations fonctionnelles utérines ont une influence aussi grande que des lésions organiques. M.Siredey insiste avec raison sur cette disproportion entre la cause et l'effet. Plus la tare nerveuse primitive est grande et plus le degré du choc utérin sera minime. Dans quelques cas on voit ce choc se réduire à de simples troubles de la menstruation. Il perd en importance locale ce qu'il gagne en importance générale, lorsque la vulnérabilité nerveuse est à son maximum.

Aménorrhée. — Les troubles nerveux passagers ou durables consécutifs à l'aménorrhée ont fait l'objet de bien des recherches et sont aujourd'hui parfaitement connus. Taguet (1), dans une thèse qu'il a consacrée à cet objet, en a signalé la fréquence et l'importance. L'aménorrhée passagère ou permanente peut faire éclore des névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la chorée,etc., Courty s'exprime à ce sujet dans les termes suivants : « Les troubles nerveux qui suivent de près la suspension des règles, alors même qu'ils ne revêtent pas, comme cela

(1) Thèse Paris. 1893. *De l'influence de la menstruation sur le système nerveux.*

peut arriver, le caractère de véritables névroses, contribuent puissamment, de concert avec les troubles digestifs qui se manifestent bientôt, à altérer profondément la nutrition. Enfin sous l'influence de l'affaiblissement dans lequel l'état nerveux, la dyspepsie, l'amaigrissement, ont jeté les malades, on peut voir en même temps se développer chez elle les affections diathésiques dont elles portaient le germe et dont l'éclosion est favorisée par l'affaiblissement général de la constitution ». Les recherches de Berthier, dont nous citons plus loin les conclusions, ont mis ce fait en complète évidence et ne permettent pas de douter de la fréquence des névroses consécutives à l'aménorrhée, comme d'ailleurs aux autres troubles de la menstruation.

Si l'on considère la neurasthénie comme une affection de nature arthritique, on peut à ce titre l'admettre au nombre des affections diathésiques qui peuvent se développer, d'après Courty, sous l'influence d'une absence de la menstruation.

Il semble que Barnes ait voulu caractériser cette névrose lorsqu'il décrit en ces termes les effets de l'aménorrhée sur le système nerveux : « L'aménorrhée prolongée a sur le système nerveux une influence presque toujours fâcheuse, souvent funeste. Son trait caractéristique est l'atonie ; l'état physique de l'organisme est la faiblesse : la malade ne peut prendre qu'un exercice musculaire fort limité. Elle va de la torpeur à des accès d'irritation, elle souffre fréquemment de la tête, il lui est difficile ou impossible de soutenir un état mental, sa mémoire est affaiblie. » Ce tableau renferme l'ébauche des principaux stigmates de la neurasthénie ; qu'on y joigne les troubles dys-

peptiques signalés par Courty ; qu'on se rappelle la fréquence des autres névroses comme effets secondaires à l'aménorrhée : n'est-on pas en droit de conclure qu'il y faut aussi leur ajouter la neurasthénie ?

Quelques-unes de nos observations nous permettent d'appuyer cette conclusion sur des arguments non plus rationnels mais matériels ; encore que leurs auteurs se soient peu préoccupés d'affirmer l'existence d'une névrose qui leur était à ce moment inconnue.

Dysménorrhée. — Les rapports de cause à effet entre la dysménorrhée et les troubles du système nerveux ont été fréquemment constatés. La menstruation, et surtout sa première apparition jouent un grand rôle dans la vie psychique et organique de la femme. A l'état normal, les premières menstrues sont ordinairement indolores et insidieuses. Mais (1) « la première apparition des règles, leur retour périodique, s'accompagnent souvent de malaises locaux et généraux, de douleurs vagues et mobiles, de fièvre, d'inappétence et de syncope, de troubles sensoriels, d'irritabilité morale, etc., caractérisant bien à un faible degré l'état nerveux aigu ». Si les règles deviennent douloureuses, si la congestion utérine périodique est lente à se dissiper, les modifications imprimées à l'état nerveux deviennent de plus en plus caractérisées, de plus en plus stables. Cet état nerveux, d'après Sandras, est la règle chez les femmes qui présentent des troubles dans l'époque d'apparition, la quantité ou la durée des menstrues.

Enfin, lorsque les désordres menstruels sont constitués et

(1) BOUCHUT, *Nervosisme.*

permanents, lorsque la dysménorrhée est confirmée, la fonction ovarique troublée exerce une influence néfaste dans la genèse des maladies du cerveau ; la menstruation difficile épuise la tonicité des centres nerveux ; l'ovulation aggrave les désordres intellectuels, entretient l'idée de suicide, même en dehors d'un trouble de l'état mental (Taguet) : « Une jeune fille, écrit Barnes, qui débute par la dysménorrhée est condamnée à souffrir pendant des années, peut-être pendant sa vie. Le retour des crises douloureuses, même si elles ne s'accompagnent par d'autres troubles, augmente l'irritabilité des centres nerveux, dérange la nutrition, détruit l'harmonie ou les relations des forces vitales et réduit la malade à un état valétudinaire constant qui ne lui laisse que la jouissance d'un bien-être rare et relatif. » Chaque fatigue et chaque émotion réveillent la douleur ; au bout de peu de temps l'élément érotique s'éteint ; le moral en subit une grave atteinte ; le foyer perd tout son charme pour la jeune femme. Elle repousse les désirs de son mari, néglige et abandonne ses enfants et en est réduite à chercher un soulagement à ses misères dans l'usage et l'abus des narcotiques (Barnes).

Que ces troubles nerveux résultent directement des troubles ovariens, qu'ils soient secondaires à la cachexie morale, ne sont-ils pas caractéristiques de la neurasthénie?

Loin de nous la pensée de les attribuer toujours à cette névrose. Ils peuvent être de toute autre nature : l'hystérie en réclame parfois la majeure partie. Mais alors ils se présentent avec des caractères spéciaux qui en décèlent de suite l'origine et ne permettent pas l'hésitation. Nous

pensons, d'accord avec le plus grand nombre des auteurs, et fort des enseignements de la clinique, qu'il existe des cas où l'état nerveux post-dysménorrhéique tel que celui décrit par Barnes, est tout simplement une manifestation de la neurasthénie, d'allures plus ou moins variées.

Ménorrhagie.— Nous n'avons ici en vue que la ménorrhagie symptomatique d'un trouble de la menstruation et non d'une lésion utérine. Au premier de ces titres elle peut par action nerveuse reflexe, être consécutive à une dysménorrhée, et en avoir des suites identiques. La ménorrhagie idiopathique peut-elle donner lieu à des affections nerveuses? Bouchut cite plusieurs observations où des hémorrhagies de toute nature furent suivis d'accidents nerveux.

J.P. Franck exprime la même opinion dans les termes suivants : « qu'un soldat plein de vigueur, qu'une femme florissante de jeunesse et de santé ; l'un par sa blessure l'autre par le flux menstruel, la gestation ou l'accouchement, perdent une grande quantité de sang, ils sont bien vite en proie à des affections nerveuses. » On peut, il est vrai, nous objecter que la nature des accidents nerveux n'est pas spécifiée et qu'ils peuvent se réduire à ceux que l'on observe à la suite de chloro-anémie ; conséquence naturelle de toute hémorrhagie un peu importante.

Mais outre que ce trouble, lorsqu'il est idiopathique révèle très souvent un terrain prédisposé aux manifestations nerveuses (le fait est fréquent pour l'hystérie), il n'en constitue pas moins encore une source d'affaiblissement, d'épuisement pour l'organisme. La nutrition générale déjà troublée en subira une grave atteinte, dont

le contre-coup pourra frapper le système nerveux et donner lieu aux lignes de la déchéance fonctionnelle. « Parmi les causes occasionnelles de la Neurasthénie, on doit ranger toutes les circonstances physiologiques au pathologiques morales ou physiques susceptibles d'amener brusquement l'épuisement nerveux : puberté, grossesses pénibles, maladies locales de l'utérus. Hémorrhagies » (1).

Il est si vrai qu'on peut incriminer une hémorrhagie dans la genèse de la neurasthénie que, pendant longtemps, on a considéré la chloro-anémie comme le principal facteur de tous les accidents du nervosisme, et que pour beaucoup d'auteurs anciens, chloro-anémie et nervosisme sont deux termes synonymes. Rappelons-nous que c'est du nervosisme qu'est sortie la neurasthénie.

En définitive, tous les troubles de la menstruation, quels qu'ils soient, sont susceptibles de provoquer des névroses. Berthier qui a publié en 1874 une très intéressante étude sous le titre de *Névroses menstruelles*, en donne les conclusions suivantes : « Il existe des névroses évidemment liées — soit aux troubles de la menstruation, uniquement et directement — soit à ces troubles causés ou entretenus par un ou plusieurs états pathologiques variables, soit à un état de la menstruation en apparence convenable. Infinies par leur forme et leur nombre, elles pourraient figurer une échelle diatonique commençant au simple mal de tête et se terminant à l'apoplexie et à la folie. Les névroses menstruelles occupent une situation importante dans la pathologie, indépendamment des troubles menstruels symp-

(1) Régis. *Journal de médecine de Bordeaux*.

tomatiques qui surgissent dans le cours de ces affections. A raison de leurs complications et de leurs marches, la méthode thérapeutique qui leur est applicable, est l'analyse clinique consistant à donner à chaque élément son rang légitime, à le combattre à son tour et à attaquer le mal dans sa source, située souvent à une distance fort éloignée de l'utérus. A ces divers titres, les névroses menstruelles confinent aux névroses diathésiques et aux névroses liées aux états constitutionnels. »

L'une de ces névroses peut être la neurasthénie. Lévis (1) admet qu'elle est fréquente à la suite de troubles de la menstruation. Levillain regarde cette époque comme le terrain le plus favorable à l'éclosion de ces accidents.

Pour qui sait les révolutions qu'apporte quelquefois chaque retour de la menstruation dans le caractère, l'habitus, l'être moral et psychique tout entier, il n'y a pas lieu d'être étonné que les troubles de cette fonction, lorsqu'ils sont durables et surviennent sur un terrain prédisposé, aboutissent à l'apparition des symptômes neurasthéniques.

OBSERVATION XX (résumée). — (Empruntée à Boissier. Thèse de Paris 1894). *Neurasthénie menstruelle secondaire.*

Mme Gau..., femme blonde, très lymphatique, fille d'un père toujours fatigué, manquant d'énergie, mort assez jeune d'une pneumonie et d'une mère émotive, migraineuse et triste.

(1) Lévis. *Troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux.* Thèse Paris, 1897.

Réglée à 17 ans. Ses premières menstrues se sont accompagnées de troubles névropathiques. bouffées de chaleur, vertiges, palpitations, maux de tête, insomnie, idées noires, dont les uns ont disparu et d'autres ont persisté, en se modifiant plus ou moins de façon à laisser une altération chronique des fonctions nerveuses.

Depuis, persistance de la Neurasthénie. Insomnie, troubles dyspeptiques. Etat mental très affecté, grand souci d'elle même : deux accouchements faciles : au troisième, un accès de Vésanie dont elle a guéri, en restant neurasthénique.

OBSERVATION XXI (Empruntée à BERTHIER. — *Névroses menstruelles.*) — *Neurasthénie fruste post-aménorrhéique.*

Une demoiselle d'une forte constitution, dont la vivacité d'esprit se joint à une imagination ardente, est d'une grande mobilité. Depuis l'âge de 18 ans, sa santé a été dérangée ; le tribut périodique d'abord bien établi à 15 ans, s'est supprimé. L'inaction du système utérin entretient un état d'aménorrhée habituelle avec pléthore. Les digestions sont difficiles ; des vents, des borborygmes se manifestent souvent : il y a des spasmes aux hypochondres, de la constipation, de la céphalalgie et des chaleurs au visage. La malade est en outre tourmentée par des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles, par des inquiétudes et des craintes relatives à sa santé. Un traitement méthodique a diminué ces symptômes, que le mariage a fait complétement disparaître.

OBSERVATION XXII (Empruntée à FOURCAULD, *Annales de gynécologie*, 1879). — *Neurasthénie post-aménorrhéique à prédominance psychopathique.*

Mme D..., entrée à l'hôpital de Charenton le 30 juillet 1846, n'a jamais eu d'aliénés dans la famille. Menstruation très régulière. Depuis un an les règles ont cessé de couler. Depuis ce moment Mme D... est très fatiguée. Elle gémit sur son sort se croit perdue et pleure fréquemment. Deux mois après le début de cette affection, elle présente de l'apathie, une grande prostration. Hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Sensations douloureuses dans les membres et dans le dos. Quelques mois de traitement et l'application d'un cautère améliorent l'état mental.

OBSERVATION XXIII (Résumée). Empruntée à Contantin PAUL. (*Du traitement de la Neurasthénie par la transfusion nerveuse*). — *Chloro-anémie neurasthénique d'origine menstruelle.*

Jean Jeanne, 22 ans, employée de commerce, entre dans le service le 19 juin 1891, salle Beau n° 11.

Réglée à 19 ans. Depuis cette époque, règles régulières mais peu abondantes. Mais depuis le début de la menstruation, affaiblissement, pâleur générale.

A l'examen, teint anémique très marqué : souffle anémique vasculaire et cardiaque. Palpitations. Céphalalgie, insomnie ; un peu de rachialgie mais surtout faiblesse marquée dans les jambes : amyosthénie générale, avec sentiment d'épuisement au moindre exercice.

Aucun appétit ; maux et crampes d'estomac ; peau d'un blanc mat particulier aux chloroses neurasthéniques.

Fonctions intellectuelles déprimées. Impuissance à suivre une idée avec attention. Emotivité du caractère.

Soumise au traitement des injections nerveuses.

Disparition rapide des troubles gastriques et céphaliques. Augmentation d'embonpoint de 6 kilog. 500, apparition des règles le 30 juillet. Quitte le service le 4 août, dans un état très satisfaisant qui s'est maintenu.

OBSERVATION XXIV (personnelle). — *Neurasthénie d'origine menstruelle* (*dysménorrhée ménorrhagique*).

Mlle Jeanne G..., âgée de 24 ans, cuisinière.

Antécédants héréditaires. — Père en bonne santé, mère morte de tuberculose, deux frères et une sœur bien portants.

Antécédants personnels. — Influenza pendant 6 semaines il y a 4 ans. Réglée à 13 ans. Jusqu'à l'apparition des règles, très bonne santé, mais trois ans après le début de la puberté sont apparues des ménorrhagies assez abondantes. Ces pertes survenaient tous les 8 jours et avaient chaque fois une durée de 3 a 4 jours ; elles ont persisté pendant une période de 2 mois et sans douleur aucune. Puis à partir de leur disparition, Mlle G..., a ressenti peu à peu des douleurs lombo-abdominales, surtout pendant les règles, et qui donnaient lieu quelques heures avant leur apparition à de violents paroxysmes.

Chaque période menstruelle était accompagnée des même phénomènes. En même temps les règles devenaient irrégulières. survenant à intervalles de 3 semaines à 1 mois, peu abondantes et durant 7 à 8 jours. Elles étaient précédées d'un faible écoulement leucorrhéique.

A partir du moment où les ménorrhagies ont disparu Mlle G..., a commencé à éprouver une grande lassitude, suivie d'affaiblissement et accompagnée des symptômes suivants : Disparition de l'appétit. Digestions lourdes et laborieuses. Constipation. Epistaxis presque journalière pendant 3 à 4 mois, tristesse, mélancolie. Perte d'aptitude au travail. Somnolence presque constante. 3 ou 4 ans après le début de ces accidents, perte du sommeil, chauchemars, rêves pénibles, grande fatigue au réveil, travail intellectuel difficile, céphalée à l'occasion de la lecture ou de l'écriture. Diminution de la mémoire, apparition progressive de douleurs intercostales gauches et permanentes.

Cet état neurasthénique a persisté sans grande variation, sinon qu'une aggravation de tous les symptômes jusqu'au moment où Mlle G..., s'est présentée à nous. Elle nous a dit n'avoir éprouvé ni chagrin, ni contrariétés, ni jamais s'être surmenée.

A l'examen, nous avons constaté les symptômes suivants :

Céphalée intermittente, survenant après les repas, s'accompagnant alors de congestion de la face, ou le soir en se couchant. Elle est surtout frontale, provoque une sensation d'anneau métallique, dure une heure, donne lieu quelquefois à des nausées, surtout les deux jours qui précèdent immédiatement les règles.

Perte presque totale du sommeil, qui dure à peine trois heures par nuit ; grande difficulté à s'endormir. Réveils fréquents dans le cours de la nuit, provoqués par des cauchemars. Impossibilité de se rendormir, sauf vers le matin. Réveil pénible, difficile, accompagné d'une grande sensation de fatigue et de lassitude.

Faiblesse musculaire très marquée, surtout dans les jambes, où elle s'accompagne de sensations fréquentes, d'engourdisse-

ments et de fourmillements ; même asthénie dans les bras, les plus petites marches provoquent la fatigue. Le travail est réduit au strict minimum.

Défaut d'appétit. Après les repas, pesanteurs, éructations gazeuses, ballonnement, congestion de la face. Nausées quelquefois avant les règles. Constipation entrecoupée parfois de diarrhée avec coliques et expulsion de membranes muqueuses (analogues, au dire de la malade, à du vermicelle). Ces débâcles surviennent deux ou trois fois par semaine.

Cérébrasthénie prononcée. Mémoire mauvaise.

Lecture et écriture de plus en plus difficiles et fatiguantes. Mélancolie. Hypochondrie. Voit tout en noir. Répercussion générale des idées tristes. Envies fréquentes de pleurer. Larmes. Dégoût du travail. Recherche de la solitude. Idées de suicide.

Douleurs dans le dos, interscupulaires, lombaires, intercostales gauches, permanentes. (Sensations de coups de marteau dans le dos). Plus intenses quand la malade est couchée, difficilement calmées.

Bourdonnements d'oreille fréquents.

Sensations subjectives de mouches volantes, de brouillard devant les yeux.

Vertiges quelquefois le matin, avec sensation de tourbillonnement des objets environnants.

Mictions fréquentes et souvent douloureuses. Urines troubles.

A l'exploration :

Dilatation d'estomac. Le clapotement est perçu jusqu'à 1 travers de doigt au-dessus de l'ombilic après un jeûne de 6 heures.

Rein droit accessible, flottant et douloureux.

Au niveau de la région intercostale gauche inférieure, douleur à la palpation Pas de points douloureux.

Cœur normal. Pas de souffle vasculaire.

Sensation générale de soulagement par le refoulement en haut des viscères.

Traitée antérieurement sans succès pour dyspepsie et pour les douleurs intercostales.

Mlle G. est soumise au traitement franklinique et phosphatique. Amélioration relative.

Neurasthénie puerpérale et post-puerpérale.

La gravidité de l'utérus aussi bien que ses lésions a un retentissement tout particulier sur le système nerveux. Mais là ne se bornent pas les accidents que le neuropathologiste peut observer. L'accouchement et les suites de couches pathologiques donnent lieu, directement ou non, à des troubles généraux capables de faire éclore une névrose. Il faut donc aborder l'étude de la neurasthénie puerpérale sous trois chefs différents, suivant qu'elle est consécutive : 1° à la grossesse, 2° à l'accouchement à terme ou prématuré, aux avortements, 3° aux suites de couches.

1° *Neurasthénie gravidique.*

La grossesse est capable d'imprimer à l'organisme féminin une foule de modifications organiques et fonctionnelles qui ont depuis longtemps attiré l'attention des pathologistes. Les dangers réels ou imaginaires d'un état nouveau pour la jeune femme, la crainte d'une issue fatale chez les pusillamines, l'affaiblissement de l'état moral qui en résulte, tout cela joint aux troubles organiques physio-

logiques de cet état, qui alors prennent aux yeux des intéressées un caractère de gravité hors de proportion avec leur importance, est bien fait pour aboutir à des troubles nerveux d'un caractère spécial, ne pouvant plus se dissimuler sous le « masque gravidique » physique ou psychique. Pour peu qu'il y ait prédisposition nerveuse, on observe, d'après Churchill, des modifications notables dans toutes les sphères de l'organisme : La femme devient plus sensible aux impressions extérieures et aux émotions morales. Son humeur est inégale. Elle est l'objet d'un ennui, d'une dépression ou d'une exaltation déréglées sans motif convenable. Son caractère change considérablement. D'enjoué et gai il devient triste et mélancolique. La jeune femme voit tout sous un jour défavorable, a des idées noires, tristes, et passe son temps à pleurer. Souvent ces accidents psychiques s'atténuent au bout de quelques mois. Mais ils peuvent persister jusqu'au jour de l'accouchement et même plus longtemps. D'autres fois, ils s'aggravent et constituent la folie puerpérale. Le système digestif prend part à ces désordres : l'appétit est capricieux et dépravé ; il y a des nausées, des vomissements, de la gastralgie, des crampes d'estomac : la contispation peut être permanente, causée par atonie intestinale plutôt que par compression (Imbert). Elle peut alterner avec de la diarrhée et amène de l'entérite muco-menbraneuse. Il en résulte un état d'alanguissement et de dépression de toutes les fonctions, un malaise général continu. On observe de l'insomnie, une céphalée rebelle, surtout chez les nerveuses, quelquefois limitée, à forme hémicrânique, continue au paroxystique. Les sens sont aussi atteints : mouches volantes lumi-

neuses, parésie auditive ou hyperacousie, bourdonnements momentanés ou permanents.

D'autres fois, il s'y joint des symptômes hystériques, tels qu'hémoptysie, toux, dyspnée « sine materia », syncopes, palpitations, hématémèse, paralysie, appétit dépravé, hémiplégie, etc. La coïncidence de cette névrose prouve assez que l'état gravidique peut en susciter d'autres. « Parfois ces modifications nerveuses (gravidiques) sont telles qu'elles se manifestent sous des types divers de névrose (1) ». L'énumération que nous en avons donné prouve surabondamment que l'un de ces types est très souvent l'épuisement nerveux, la neurasthénie. Le rôle de la grossesse dans l'étiologie de cette névrose est d'ailleurs admis sans difficulté par Régis et Bouveret.

2° *Neurasthénie déterminée par l'accouchement ou l'avortement.*

Qu'elle soit physiologique ou pathologique, à terme ou prématurée, l'expulsion du fœtus ou de l'embryon peut être assimilée à un véritable traumatisme. L'acuité et la persistance de la douleur, la dépense considérable des forces nerveuses dans un espace de temps relativement court au point que l'épuisement se traduit par un frisson d'une intensité et d'une durée considérables, les hémorrhagies quelquefois très graves, l'état d'anxiété morale et psychique, sont de tout point comparables à ce que l'on observe dans les traumatismes. Que le traumatisme puerpéral agisse sur un système nerveux déja débilité par une gestation longue et pénible, il lui portera le dernier coup,

(1) Ribemont-Dessaigne. *Précis d'Obstétrique.*

en consommera l'épuisement et en modifiera pour longtemps la vitalité de ses fonctions. C'est la porte ouverte à la neurasthénie et son apparition « ipso facto. »

3° *Neurasthénie déterminée par les suites de couches.*

Que l'on ajoute à toutes ces causes déjà si efficaces, les soins, les préoccupations, les veilles qu'engendrent la présence et le souci du nouveau-né, l'influence débilitante de l'allaitement chez les femmes dont l'organisme ne peut en supporter les frais, le rôle des diverses infections puerpérales, la durée trop souvent insuffisante de l'alitement, les perturbations produites par la grossesse dans la statique des viscères abdominaux, on ne sera pas étonné de considérer la neurasthénie comme une conséquence fréquente des suites de couches. Souvent le facteur puerpéral agit indirectement et par l'intermédiaire de lésions utérines. Il en est ainsi lorsque les femmes n'ont pas observé toutes les précautions antiseptiques, lorsqu'elles se sont levées prématurément. L'utérus, surpris dans son travail de régression physiologique par une diminution de ses ressources vitales aux dépens du fonctionnement exagéré de tous les autres appareils de l'économie, n'accomplit qu'imparfaitement cette régression. Il demeure plus ou moins gros, congestionné, subit de ce fait des déplacements et des changements de forme, ne peut opposer une résistance efficace aux infections secondaires; en un mot, il est dans un état de subinvolution qui modifie sa nutrition et va le mettre à la merci de toutes les causes morbides. Infections par les déchirures du col provoquées par le passage du fœtus, métrites partielles ou totales, phlegmasies péri-utérines, aigues puis chroniques; ce processus, nous l'avons

vu, est le plus souvent suivi d'un affaiblissement organique général, spécial du système nerveux, sur lequel se greffe la neurasthénie.

OBSERVATION XXV (Empruntée à Lafosse). — *Neurasthénie secondaire post-puerpérale.*

Mme Roul.., 49 ans, Mère comitiale (?). Dyseptique, première atteinte de neurasthénie à 27 ans trois mois, après une couche laborieuse. Troubles dyspeptiques (dilatation gastrique), idées noires. Céphalalgie frontale, hypéresthésie sensitivo-sensorielle. Cet état dura trois mois. Trois ans après, deuxième apparition d'accidents neurasthéniques à la suite d'un autre accouchement : durée 9 mois. Depuis janvier 1886, réapparition des accidents. Troubles digestifs : douleur épigastrique. Sensation de coiffure étroite et pesante. Parfois étourdissements et vertiges. Affaiblissement de la mémoire, mélancolie.

OBSERVATION XXVI (Empruntée à Lafosse). - *Neurasthénie secondaire post-puerpérale.*

Mme Lu. , 29 ans. Beaucoup de chagrins et de préoccupations depuis trois ans. Apparition des accidents nerveux après un accouchement normal, d'ailleurs. Etouffements, angoisse respiratoire, sensations de fourmillement dans la tête, céphalée neurasthénique. Actuellement rien à l'examen des divers organes, à part un peu de dilatation de l'estomac. Digestion pénible, rêves tristes: apathie, amyosthénie générale. Céphalée diurne, débutant généralement après le principal repas. La malade ressent comme un casque de plomb qui la serrerait à la partie postérieure de la tête : il y a de la raideur du cou et des craquements

dans la nuque. Parfois, outre la céphalée continue, la malade a la sensation de martellement au vertex, de craquements intra-crâniens.

OBSERVATION XXVII Empruntée à FOURCAULD (Résumée). — *Chloro-neurasthénie secondaire à une subinvolution post-puerpérale.*

Mathilde L.., âgée de 25 ans, modiste, vient me consulter le 15 février 1878. Réglée à 13 ans et toujours régulièrement. Un enfant à 17 ans. Accouchement facile. Mais Mathilde L.., se leva au bout de 6 jours pour reprendre ses occupations. Depuis cette époque, souffrances continues, marche pénible. Douleurs lombaires et dans le flanc gauche, sensation de poids entre les jambes. Il y a eu évidemment arrêt de l'involution utérine. Depuis quelques mois elle a de fréquentes envies de vomir, une grande faiblesse générale, des sueurs nocturnes, de l'étouffement, des palpitations. Appétit presque nul, sommeil mauvais, cauchemars terribles. Elle pleure facilement, est d'une grande tristesse et se croit perdue. Lors que ces douleurs sont trop fortes il survient une constipation opiniâtre. Bruit de souffle au premier temps et à la base et à double courant dans les carotides. Il y a 8 jours tentative de suicide avec du laudanum. A l'examen utérus légèremenl abaissé : col hypertrophié, ulcération anfractueuse et irrégulière saignant au moindre contact. Orifice entouré de fongosités saignantes. Les bords sont renversés en dehors, congestionnés. Traitement, scarification du col. Régime tonique. Au bout de 15 jours marche indolore, amélioration de l'état général, sommeil meilleur. Presque plus d'idées tristes. Hallucinations de l'ouïe. Dans les premiers jours d'avril, après les règles, la congestion se reproduit en partie. L'ulcération très diminuée augmente un peu. Glycérine iodé, applications galva-

niques. La mélancolie reparaît, sommeil plus agité. Cautérisation locale ou nitrate d'argent; au bout d'un mois guérison générale et stable.

OBSERVATION XXVIII Empruntée à LEVILLAIN (résumée). — *Hystéro-Neurasthénie post-puerpérale.*

Mme V. de S...29 ans. *Antécédents héréditaires.* — Neuro-arthritique.

Antécédents personnels. — Fièvre intermittente de 9 à 11 ans, typhus à 13 ans, mariée à 17 ans et première grossesse suivie d'ovarite: à 19 ans, seconde grossesse bonne; troisième grossesse suivie de phlébite et de typhus; quatrième grossesse très mauvaise avec hémorrhagie et poussée de péritonite: enfin cinquième grosessesse avec hémorrhagie abondante et expulsion prématurée de l'œuf. A la suite de cette dernière grossesse, début des accidents neurasthéniques par grande faiblesse avec palpitations, insomnie, amaigrissement, pâleur des tissus. Plus tard, douleurs de poitrine avec gène respiratoire et toux nerveuse, grande inquiétude au sujet de la santé. Actuellement céphalée sous forme de plaque occipitale et de pression sur le vertex avec gêne pour penser et travailler: la céphalée s'exagère sous l'influence des émotions et de la fatigue physique.

Modifications du caractère autrefois très gai; tristesse, mélancolie, inquiétude excessive de sa santé. Sommeil léger, insuffisant, traversé de rêves pénibles.

Amyosthénie habituelle matutinale. Troubles gastro-intestinaux (appétit capricieux, pesanteur, gaz, et renvois après les repas, constipation habituelle): troubles hystériques constitués par petites crises sous forme de douleurs précordiales, palpitations, gène respiratoire, légère angoisse se résolvant par accès de larmes. Traitement hydrothérapique: grande amélioration.

OBSERVATION XXIX Empruntée à LEVILLAIN (résumée). — *Neurasthénie secondaire post-puerpérale.*

Mme T... 32 ans. *Antécédents héréditaires* neuro-arthritiques.

Antécédents personnels. — Mariée à 22 ans ; 2 enfants et 3 fausses couches. A la suite de la dernière grossesse développement des troubles nerveux sous forme de crises phobiques : Sensation subite de vide dans la tête et le cœur avec impression d'affaissement général, de ralentissement du pouls, de cessation de la vie et de refroidissement intérieur, état anxieux très pénible et demi-syncopal. Au bout de 10 à 15 minutes, tremblement général avec claquements de dents et accès de palpitations mettant fin à la crise.

Dans l'intervalle de ces crises, qui revenaient 2 ou 3 fois par semaine, anxiété phobique à leur sujet, puis anorexie, gastralgie, et amaigrissement. Légère amélioration sous l'influence de l'hydrothérapie et d'un régime alimentaire sévère. Un an après salpingite aiguë. Curettage, reprise de la vie ordinaire avec quelques précautions pendant l'hiver 1893-94.

En juillet 1894 fausse-couche de cinq à six mois avec hémorragie abondante. Apparition simultanée de troubles nerveux : insomnie, accès de somnolence et d'anéantissement, sensations algides des globes oculaires.

Etat vertigineux, hyperexcitabilité sensorielle, tristesse, apathie ; préoccupation constante. *Actuellement* la malade présente : du côté de la tête un sentiment constant de vide, de la paresse des facultés intellectuelles et de la volonté ; asthénie psychique, céphalée. Sensation algique de tiraillement et de chute des globes oculaires, hyperexcitabilité de l'ouïe. Etat

mental spécial : tristesse, abattement général, découragement alternant avec agitation et excitation générale.

Amyosthénie matutinale. Lassitude constante. Anorexie Tachycardie habituelle. Vertiges surtout le matin.

Sensations thermiques de chaud ou de froid. Crises de larmes. Ces troubles alternent par périodes d'excitation ou de dépression : ils sont influencés défavorablement par l'époque menstruelle.

OBSERVATION XXX (Résumée). Empruntée à LEVILLAIN. — *Neurasthénie secondaire post-puerpérale chez une hystérique.*

Mme de B..., 29 ans. *Antécédents héréditaires* neuropathiques.

Antécédents personnels. Nervosité, insomnie dès l'enfance, quelques troubles de petite hystérie : larmes avec agitation, angoisse, envies de crier, spasmes de la gorge avec sensation de boule. Vaginisme, légers accès de somnambulisme.

Affaiblissement physique et moral graduel, puis après la troisième et surtout la quatrième grossesse début des accidents neurasthéniques caractérisés actuellement par : céphalée classique avec sensation de casque, asthénie psychique.

Etat mental anxieux, préoccupé à l'excès et mélancolique, déprimé, avec idées noires, dégoût de la vie, désespérance de la guérison. Hyperexcitabilité sensorielle. Insomnies. Difficulté à s'endormir. Réveil fréquent et facile. Sommeil léger. Amyosthénie matutinale très accusée, constante, exagérée par les émotions morales. Troubles gastro-intestinaux : dyspepsie flatulente et constipation. Troubles de la sensibilité : hypéresthésie générale. Influence aggravante des périodes menstruelles sur l'état nerveux.

OBSERVATION XXXI (Résumée). Empruntée à LEVILLAIN. — *Neurasthénie secondaire post-puerpérale.*

Mme R. C... *Antécédents héréditaires* neuro-arthritiques.

Antécédents personnels. Mariée à 18 ans. Première grossesse suivie d'accidents utérins ayant nécessité le curettage.

Deux ans après fausse couche de 3 mois suivie de cystite et de troubles dyspeptiques qui ont engendré l'étal actuel et suivant : Troubles gastro-intestinaux : anorexie, gonflement, lourdeur, gène respiratoire après chaque repas et crampes très douloureuses s'irradiant dans le dos. Constipation fréquente avec alternatives de diarrhée. Nausées et amaigrissement.

Affaiblissement général, physique et musculaire. Dégoût des occupations favorites ; fatigue facile après les études et les insomnies fréquentes. Découragement, tristesse et accès de larmes ; irritabilité du caractère, vertige avec vomissements bilieux abondants. Albuminurie.

OBSERVATION XXXII (Résumée). — Emprunté à NORSTROM. *Neurasthénie secondaire post-puerpérale.*

Mme C... 34 ans, se présente le 27 Janvier 1877. Paraît grande, forte et robuste. Il y a 4 ans, accouchement normal, ne s'est jamais complètement remise : douleurs très pénibles dans les reins et le bas-ventre, sensations analogues à celle d'un corps étranger intra-vaginal. — Appétit capricieux, constipation opiniâtre habituelle. — Tendance du ventre à se ballonner. Dysurie. Muscles flasques et sans énergie, névralgies générales. — Palpitations, accès de suffocation. — Envie de pleurer à la moindre contrariété, sommeil très agité, inter-

rompu par des rêves pénibles : dort à de longs intervalles. A la fin de la journée, sensation d'anéantissment. Soumise sans amélioration de l'état général à un traitement hydrotherapique et utérin ; trois mois après, traitée par le massage utérin dans la position génu-cubitale. Au bout de deux mois amélioration locale et générale.

OBSERVATION XXXIII (Résumée). — Empruntée à NORSTROM.

Neurasthénie secondaire post-puerpérale.

Mme N... 28 ans, porteuse de pain. Deux accouchements peu éloignés l'un de l'autre ; le second très laborieux; nouvelle grossesse terminée par un avortement au second mois avec métrorrhagies abondantes. A partir de ce moment, l'état général devient mauvais. Tenesme anal. Coccygdoynie avec irradiations dans les aines. Appétit capricieux. Digestion laborieuse, météorisme intestinal. Constipation habituelle. Palpitations fréquentes. Névralgie intercostale violente du côté gauche. Migraines violentes avec céphalée hemicranienne gauche, injection conjonctivale, larmoiement, soulagées par les vomissements et coïncidant avec les règles. Affaiblissement général. Modification du caractère : tristesse

Traitement, massage utérin. En Janvier 1878. amélioration locale et générale.

OBSERVATION XXXIV (Résumée). — Empruntée à NORSTROM.

Neurasthénie secondaire post-puerpérale à forme féminine.

Mme N... 37 ans, mère de trois enfants, fait remonter son affection à son dernier accouchement, il y a 2 ans. Depuis cette

époque elle est obligée de rester constamment à demi couchée sur un sofa. Dépérissement, appétit nul, fonctions digestives mauvaises, affaiblissement et abattement extrêmes. Grande irritabilité, céphalalgie, cauchemars, névropathie confirmée. A l'examen métrite chronique avec antéflexion et abaissement. Traitement local et gymnastique générale. Au bout de 7 mois guérison locale et générale.

OBSERVATION XXXV (Résumée). — Empruntée à NORSTROM.
Neurasthénie secondaire post-puerpérale.

Mme L. E... 40 ans giletière.

Réglée à 13 ans. Régulièrement jusqu'à 16 ans. A cette époque dysménorrhée et leucorrhée. Mariée à 31 ans. Grossesse suivie de fausse couche pénible : pelvi-péritonite. Etat général : douleurs hypogastriques et céphalée. Défaut d'appétit, troubles gastro-intestinaux. Ballonnement, crampes d'estomac violentes, constipation, modification du caractère, tristesse. Diminution considérable des forces. Traitée par le massage. Au bout de 2 mois guérison locale et générale.

OBSERVATION XXXVI (personnelle). — *Neurasthénie secondaire post-puerpérale*

Gabrielle L..., âgée de 40 ans, ouvrière.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un anthrax ; une sœur hystérique.

Antécédents personnels. — Bronchite tuberculeuse d'une durée de 7 ans et guérie. Réglée à 15 ans 1/2 ; depuis règles régulières peu abondantes d'une durée de 24 heures. Sans caillots. Un peu de leucorrhée de 15 à 20 ans. Mariée à 20 ans. A

26 ans première grossesse très pénible, forceps et hémorrhagie abondante. Retour de couches normal. A nourri son enfant pendant un mois. Il y a 5 ans deuxième grossesse terminée par une fausse-couche de 4 à 6 semaines. Lacération du col consécutive. La malade ne s'est pas alitée. A la suite de cette fausse-couche douleurs dans le bas ventre, persistantes ; leucorrhée abondante avec expulsion de membranes d'origine utérine, grand affaiblissement. Entre à la Charité ou elle est traitée pour métrite et salpingite double, curretage. Pas d'amélioration locale et générale. Le début des accidents neurasthéniques remonte à sa première grossesse et surtout à sa fausse-couche. Ils consistent en céphalée accompagnée de migraines. Insomnies. Grande faiblesse musculaire rendant tout effort difficile. Abattement, tristesse, idées noires, découragement, dégoût pour ses occupations habituelles. *Actuellement* on observe : ballonnement et constipation. Douleurs de tête mal définies. Tendance à la somnolence. Sommeil lourd, pesant, avec amyosthénie matutinale. Douleurs dans les reins, s'exagérant au moment des règles, moins accusées depuis 3 mois. Sensation continue de fatigue et de lassitude même au lit. Sensation de serrement à la gorge à la suite d'une émotion ou d'une contrariété. Pleure facilement. Ne peut supporter aucune peine morale. Mémoire mauvaise, Idées noires. Mélancolie. Phobie du vol. Idées de suicide. Efforts musculaires et marche très pénibles.

A l'examen rien au poumon et au cœur. Estomac dilaté jusqu'à 2 travers du doigt au-dessus de l'ombilic. Utérus gros (remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphise) en antéflexion et antéversion. Cicatrice des déchirures antérieures sur le col. Adhérences fibreuses à droite, métrite chronique.

OBSERVATION XXXVII (personnelle). — *Neurasthénie secondaire puerpérale et post-puerpérale*

Madame J... âgée de 26 ans, ouvrière (10 mars 1898).

Antécédents héréditaires arthritiques.

Antécédents personnels. Fluxion de poitrine à 18 ans. Réglée à 11 ans 1/2 régulièrement. Les règles durent 6 jours et sont peu abondantes. Pas de leucorrhée. Mariée à 24 ans, 10 mois après, grossesse très pénible caractérisée par l'apparition du syndrome neurasthénique suivant: Anorexie, éructations gazeuses, pesanteur épigastrique. Vomissements fréquents (10 à 15 par jour) constipation, sommeil mauvais avec oppression, rêves, cauchemars. Réveils fréquents et grande difficulté à se rendormir. Au matin fatigue générale et très intense.

Sensation continue de faiblesse, d'abattement, qui l'a obligée à garder le lit pendant 40 jours au début de la grossesse. Céphalée fréquente. bi-temporale. A la moindre marche sensation de tourbillonnement, vertiges. Douleur générale dans tout le corps et surtout dans la région lombaire donnant l'impression d'une courbature générale. Mélancolie, tristesse, hyperexcitabilité sensorielle.

Tous ces accidents sont apparus simultanément au début de la grossesse ; au bout de deux mois ils se sont atténués peu à peu. Au terme de la grossesse il ne subsistait plus qu'un peu de fatigue générale. L'accouchement a été très pénible. Au cours du travail le fœtus est resté 3 heures dans l'excavation sans progresser et un médecin a dû y mettre fin par une application de forceps. La durée totale du travail a été de 36 heures. Hémorrhagies abondantes. Sur les conseils de son entourage la parturiente n'est restée au lit que cinq jours. Elle n'a pas allaité

Quelques temps après, poussées de métrite à deux reprises différentes au cours desquelles elle a du s'aliter. Aux phénomènes fébriles et douloureux se joignaient des nausées, des insomnies fréquentes avec agitation et cauchemars, de la constipation. Un médecin, consulté, à porté le diagnostic de métrite. Depuis les accidents nerveux n'ont fait que s'accentuer et *actuellement* on observe : Douleurs dans les sphères lombo-abdominale droite, cruiale, intercostale droite, s'exagérant après les marches et les fatigues. Insomnies. Difficulté à s'endormir, sommeil léger, réveils fréquents. Rèves. Cauchemars. Au réveil fatigue, engourdissement général jusqu'à midi.

Appétit mobile et capricieux. Eructations gazeuses. Ballonnement, somnolence après les repas avec congestion de la face.

Céphalée frontale, surtout le matin au réveil, avec sensation de casque pesant, et de fourmillements oculaires. Vertiges quand la malade fixe un objet ou reste immobile dans la station debout.

Hyperexcitabilité sensorielle : sifflements dans les oreilles.

Brouillards visuels. Fatigue visuelle par la lumière. Sensation subjective d'odeurs nauséabondes.

Sensation générale d'abattement et d'affaiblissement continus « comme si elle avait été bien battue ». Paresse des jambes. Fatigue facile lui rendant très pénibles ses occupations de couture journalières, sensation d'engourdissement au bras droit.

Mémoire plus mauvaise. Ecriture et lecture très pénibles. (Fatigue après une lecture de 10 lignes).

Phobie d'un accident quelconque. Mélancolie vague, peu définie. Tendance à la solitude et au calme. Dégoût des distractions et des agitations de l'existence.

Tous ces troubles augmentent pendant les règles ; la malade les fait remonter elle-même à sa grossesse suivie des accidents

utérins qui en ont été la conséquence. Pas de passions dépressives ou de surmenage comme cause occasionnelle. Aucun signe d'anémie.

Examen local : utérin gros en subinvolution. Métrite.

OBSERVATION XXXVIII. — *Neurasthénie secondaire post-puerpérale à forme psychopathique* (personnelle)

Madame H... âgée de 45 ans. Commerçante (11 décembre 1897.)

Antécédents héréditaires arthritiques.

Antécédents personnels. Rougeole. Anémie de 15 à 18 ans. Menstruation irrégulière et douloureuse au début, pendant 10 ans. Depuis quelques années règles plus abondantes s'accompagnant de caillots. Leucorrhée ancienne, catharrale, simple, Mariée à 22 ans, 3 enfants dont le dernier il y a 18 ans. 6 ans après fausse-couche de 2 mois. Chaque accouchement s'est effectué normalement mais le retour des couches n'a toujours eu lieu que 3 mois après, stimulé par des toniques.

A la suite de la seconde grossesse, début des accidents neurasthéniques, caractérisés surtout par leur prédominance psychique. Placée à la caisse de son magasin, chaque fois qu'elle rendait la monnaie d'un payement elle avait peur de se tromper. Cette pensée l'obsédait constamment, même après coup, lui occasionnait des serrements de l'estomac, des scrupules moraux et lui infligeait un tourment continuel qui ne cédait qu'aux distractions. Il en résultait un état d'énervement spécial qui la portait aux idées tristes et aux pleurs et qui s'exagérait dans la solitude. Peu à peu sont apparus les troubles suivants :

Insomnies, réveil à 2 heures du matin, sans pouvoir se rendormir ; dans cet état d'insomnie, sensation de constriction gas-

trique, revue mentale des contrariétés et des ennuis de la veille lui suggérant des idées tristes, de la mélancolie, des envies de pleurer. Le matin, lassitude intense et générale s'accompagnant parfois de nausées et de vomissements bilieux.

Migraines avec vomissements, durant un jour, mensuelles et coïncidant avec les règles.

Digestion pénible. Pesanteur épigastrique déterminant des accès de mélancolie. Ballonnement. Spasmes œsophagiens au contact des aliments. Constipation rebelle.

Sentiment de faiblesse généralisée et surtout après le moindre effort. Douleurs lombaires. Idées tristes. Dégout de ses occupations habituelles. Asthénie mentale.

A suivi un traitement gastrique et tonique sans amélioration durable.

Actuellement tous ces troubles sont portés au maximum.

On observe : Ennui continu. Aboulie complète. Larmes continuelles. Dégoût de tout, des choses et des gens, lui imposant une réclusion volontaire. Trist sse permanente et idées de suicide.

Exagération de sa phobie professionnelle. Se figure déplaire à ses clients, manquer d'amabilité envers eux et pouvoir leur occasionner des malheurs. Désire quitter son commerce.

L'amyosthénie matutinale est générale, l'insomnie, les troubles gastro-intestinaux ont aussi subi une recrudescence. L'asthénie est complète et portée à son dernier degré.

A l'examen on constate une dilatation d'estomac et un abaissement du foie.

Traitement : Bains électriques. Hydrothérapie. Hygiène et régime alimentaire sévères.

Amélioration manifeste de l'état mental et psychique, de l'asthénie musculaire et gastrique.

Neurasthénie post-opératoire

Les lésions de l'appareil utéro-ovarien nécessitent souvent leur ablation en tout ou partie. Depuis que les progrès de la chirurgie, à l'instigation de Kœberlé et Péan ont permis ces investigations, audacieuses jadis, banales maintenant, les interventions se sont multipliées, les hystérectomies,les ovariotomies se comptent par milliers dans tous les pays du monde. Considérées comme inoffensives pendant longtemps, soit par elle-mêmes, soit par leur suite, elles ont donné lieu à un tel abus qu'une réaction s'est forcément faite. Sous l'empire de cette réaction on a été amené à considérer comme beaucoup moins inoffensive pour la santé future de la femme l'ablation de ses organes génitaux internes. Les esprits, plus éclairés, ont observé des troubles sérieux consécutifs à cette ablation, soit immédiatement, soit à terme éloigné. On a vu se développer des psychoses dont l'étude est actuellement à l'ordre du jour. Les thèses de Martin, de Pinesse de Canu de Pauchet, les recherches de Glœveeke de Grammatiki, de William T. Lusk, de William Goodell ont mis en lumière parmi certains troubles post-opératoires des alternatives d'ecxitation et de dépression, des troubles dyspeptiques, des modifications du caractère, bizarreries, hypochondrie, des maladies de l'état mental, pertes de mémoire, qui indiquent combien le système nerveux est gravement intéressé parfois par la disparition subite d'un organe auquel l'unissent tant de liens intimes. Les femmes qui

font l'objet d'une intervention sont presque toujours celles dont la lésion utérine est resté rebelle au traitement local. Souvent pendant des années cette lésion, par les douleurs, les écoulements de tout genre qu'elle provoque, par son influence déprimante sur le moral et le caractère a miné sourdement les forces nerveuses de l'organisme et a mis le système nerveux dans un état de débilitation fonctionnelle tel qu'il est à la merci du premier choc. Tout a été essayé sans succès dans la thérapeutique médicale qui n'en peut mais ; on se résout à une opération. Voilà un bien grand mot et une bien grande chose qui retentissent singulièrement dans la pensée de la femme a qui on l'impose. Son esprit en est obsédé, son entourage s'évertue à lui énumérer les dangers qui l'attendent, les accidents auxquels d'autres ont succombé. Elle finit elle-même par croire à ces dangers, pourtant si rares maintenant, elle en exagère l'importance et attend dans un état d'anxiété mortelle le jour qui décidera de son sort. Ce jour arrive : tremblante, défaite, mais vaillante en apparence par un suprême effort d'énergie morale, elle est soumise dans cet état à la double influence du traumatisme opératoire et l'action toxique du chloroforme. Au réveil et les jours suivants c'est une douleur intolérable, un supplice de tous les instants qui ne cèdent qu'à la morphine. L'appétit est nul les digestions s'alourdissent ; la constipation lui est imposée de gré ou de force. Le sommeil fait défaut. La statique abdominale est compromise et les ptoses préexistantes s'exagèrent. Enfin, elle se sent infirme pour toujours, profondément humiliée dans son être moral et psychique de

cette infériorité sexuelle sur ses compagnes, infériorité qui l'entache d'une tare indélébile. Cette pensée l'assiège et l'obsède : jointe à l'influence du traumatisme chirurgical, à celle de l'intoxication chloroformique, et de l'a languissement de toutes les fonctions de la nutrition, elle peut à bon droit faire apparaître tous les symptômes de l'épuisement nerveux. La neurasthénie post-opératoire est un fait reconnu, évident, palpable, dont l'existence n'est plus à démontrer. Pichevin l'affirme en termes catégoriques dans son étude sur les « fausses-utérines. »

Jayle (1), dans des recherches d'ensemble sur les résultats éloignés post-opératoires l'a rencontrée 38 fois sur 74 cas. Parmi ces 74 cas, 45 se rapportent à la castration ovarienne dont 23 suivis de neurasthénie, 14 à la castration utéro-ovarienne, dont 12 avec accidents neurasthéniques secondaires ; enfin 12 cas se rattachent à la castration utérine sans ovariotomie double totale avec 4 cas de neurasthénie secondaire. Il semble résulter de cette statistique que les interventions qui donnent lieu à l'apparition des symptômes de l'épuisement nerveux sont par ordre de fréquence : la castration utéro-ovarienne, la castration ovarienne simple, l'hystérectomie utérine sans ovariotomie. Ces symptômes consistent en modifications du caractère. « Les malades deviennent irritables, méchantes, énervées », présentent une tristesse et une mélancolie qui peut aller jusqu'aux idées de suicide. Il s'y joint des troubles mentaux et surtout une perte de mémoire très fréquente. On note aussi la céphalée, quelque-

(1) Jayle. *Effets physiologiques de la castration chez la femme.*

fois très tenace et très longue à disparaître, l'insomnie, les cauchemars, l'asthénie neuro-musculaire, l'asthénie psychique, la rachialgie, la dyspepsie et dans la sphère génitale des modifications en plus ou en moins des appétits et des plaisirs sexuels. La neurasthénie post-opératoire est surtout l'apanage des nerveuses par prédisposition héréditaire ou acquise.

D'autres fois il s'agit de femmes présentant un état utérin bénin et minime, qu'on soumet à une légère opération, soit qu'elles la réclament avec insistance, soit qu'elle leur soit imposée. Le plus souvent cette intervention chirurgicale se réduit à un simple curettage ; quelquefois c'est une amputation du col, une perinéorraphie, etc.

Les causes déprimantes subsistent néanmoins, quelque soit la nature de l'intervention. Le séjour au lit s'impose avec une durée presque aussi grande. Les douleurs sont parfois aussi vives que dans une hystérectomie totale.

Elles contribuent à rappeler l'attention de la malade sur l'état de ses organes génitaux. Le renouvellement des pansements, l'appareil quelque peu théâtral dont il s'entoure, frappent son imagination, l'entretiennent dans une obsession perpétuelle. Elle surveille avec une inquiétude anxieuse le renouvellement et l'abondance de ses écoulements génitaux, finit par désespérer de la guérison et succombe à l'épuisement nerveux provoqué par la persistance de la douleur, l'affaiblissement organique et la déchéance morale. M. Siredey nous a cité le cas de deux femmes atteintes d'une légère endométrite, l'une de nature blennorrhagique, l'autre post-puerpérale, dont les lésions, entretenues par des manœuvres médicales maladroites et pro-

longées, avaient paru nécessiter une intervention chirurgicale. Après leur curettage, non seulement la douleur persista, mais l'obsession génitale dont ces femmes étaient l'objet s'imposa encore avec plus de force à leur esprit et finit par aboutir à la neurasthénie confirmée. Ce qui fait la lésion dans les cas de ce genre, c'est plutôt la débilité nerveuse et c'est elle que l'on devra interroger avant d'imposer les manœuvres intempestives d'une chirurgie qui ne fera que l'augmenter.

OBSERVATION XXXIX (personnelle). — *Neurasthénie secondaire post-opératoire.*

Céline B..., âgée de 28 ans, employée de commerce.

Antécédents héréditaires : Mère asthmatique. Une sœur anémique.

Antécédents personnels : Rougeole à 8 ans. Variole noire (?) fruste à 14 ans. Réglée à 15 ans, régulièrement, les règles durent 3 à 4 jours et s'accompagnent de douleurs lombo-abdominales. Leucorrhée très ancienne. Une grossesse à 21 ans. Accouchement normal. Est restée alitée 10 jours et n'a pas nourri. Retour de couches normal. Pas de fausses couches. A 22 ans chloro-breightisme qui a cédé au régime lacté. Entre, trois mois après, à Lariboisière pour douleurs de rein et y subit un curettage qui fut suivi de cystite pendant 6 semaines. Les douleurs pelviennes s'améliorent. Nouvelle poussée de métrite 2 ans après. Elle entre à Beaujon et subit un deuxième curettage sans amélioration. L'application d'un vésicatoire au cours du traitement provoque une cystite cantharidienne. Les douleurs persistantes du rein droit font poser le diagnostic de néphroptose et nécessitent 3 mois après la précédente intervention chirurgicale

la fixation opératoire du rein déplacé. Consécutivement les douleurs s'atténuent pendant quelques mois. Elles apparaissent de nouveau, accompagnées de leucorrhée et de métrorrhagie. La malade fait un second séjour à Beaujon. On pose le diagnostic de métrite hémorrhagique avec salpingite droite à la suite duquel la castration hystéro-ovarienne complète est pratiquée. Les grandes douleurs pelviennes disparaissent en partie, mais sont remplacées par l'éclosion d'accidents neurasthéniques, malgré l'absence de tout surmenage, ou de tout chagrin violent. Ces accidents se sont peu à peu aggravés.

Actuellement on observe: Troubles gastro-intestinaux; digestion pénible. Après les repas renvois, douleur et pesanteur épigastrique, irrégulière dans son apparition, s'accompagnant de nausées et survenant avant ou après les repas. Ballonnement, congestion de la face. Bouffées de chaleur. Constipation opiniâtre.

Sommeil mauvais entrecoupé de cauchemars. Réveil à 3 heures du matin sans pouvoir se rendormir. Le matin au réveil fatigue et abattement général, douleurs dans les membres, œdème de la face.

Faiblesse générale et continue, surtout marquée dans les jambes, persiste même au lit. Douleurs générales dans le dos, dans la région pelvienne, lombaire, s'exagérant après les fatigues.

Pesanteur de tête, sensation de vide ou de casque, alternant par période de 8 à 15 jours. Sensation d'obturation des orifices auriculaires.

Mémoire mauvaise. Les mots manquent dans la conversation. Le souvenir du but des actes est souvent perdu. Lecture d'un journal fatiguante. Impressionnabilité extrême. Claquement de dents après les grandes émotions. Pleurs faciles. Dégoût pour les occupations habituelles. Découragement. Idées noires. Idée

de suicide obsédante avec phobie de cet acte. Recherche de l'isolement.

Hyperexcitabilité sensorielle. Pour la vue : brouillards. Mouches volantes, fatigue visuelle facile.

Examen des organes : estomac dilaté jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Rein droit douloureux à la pression. Limites supérieures et inférieures de la matité hépatique abaissées. Ventre en bateau. Cœur normal.

A été traitée sans résultat durable par l'électricité, l'hydrothéraphie, les toniques (quinine, arsenic, noix vomique) et le régime alcalin.

NEURASTHÉNIE UTÉRINE SECONDAIRE

Etiologie

La neurasthénie utérine secondaire est déterminée par deux facteurs : une génitopathie primitive et une idiosyncrasie spéciale dont la débilité fonctionnelle nerveuse héréditaire ou acquise est l'élément le plus important. Parmi les causes susceptibles de provoquer l'épuisement nerveux nous aurons donc à étudier toutes celles qui peuvent préparer le terrain, et à énumérer en second lieu celles d'origines utéro-ovariennes dont la nature et le rôle nous sont déjà connus.

Les causes prédisposantes héréditaires sont constituées par toutes les tares du système nerveux, névroses, névropathies diverses.

L'hérédité n'est pas forcément similaire, car l'un des ascendants directs peut être indemne de toute tare et modifier dans le sens d'une régression l'évolution progressive des manifestations nerveuses familiales ou lui faire subir un temps d'arrêt. En d'autres termes, l'hérédité est convergente ou divergente.

L'arthritisme est généralement considéré comme ayant des rapports très étroits avec toutes les névropathies.

Il peut en être le point de départ, leur succéder au contraire, ou bien alterner avec elles au cours de leur évolution

à travers les générations. Il relève avec elles d'un trouble général de la nutrition que M. le professeur Bouchard a magistralement caractérisé et étudié sous le nom de maladies par ralentissement de la nutrition. Son rôle est des plus importants parmi les causes de l'épuisement nerveux.

Les causes prédisposantes acquises peuvent être rangées sous trois chefs différents.

1°) *Age, profession, conditions sociales.*

- La période de l'existence féminine capable de provoquer l'affaiblissement du système nerveux et de favoriser l'éclosion de la neurasthénie utérine est intimement liée aux conditions d'âge qui présidènt au rôle fonctionnel des organes génitaux. Elle s'étend de la puberté à la ménopause inclusivement, c'est à dire de 15 à 47 ans en moyenne dans nos climats. Avant l'adolescence le surmenage scolaire n'existe pas (Charcot, Galton, *Revue Scientifique*, 26 Janvier 1889), au delà de la ménopause, excès et surmenage sont exceptionnels.

Les professions qui donnent lieu à une vie sédentaire, une attention soutenue de l'esprit, un travail intellectuel constant (institutrices, employées de bureau, etc.) exigent généralement une période de surmenage pour les examens ou concours qui leur donnent accès, et plus tard ne permettent la continuité de l'effort intellectuel qu'au détriment du bon fonctionnement des organes nerveux et viscéraux.

Les conditions sociales impriment à la débilité nerveuse une grande diversité d'allures. En général cette débilité est exceptionnelle chez les campagnardes ; En ville les

femmes des classes inférieures absorbées par les labeurs quotidiens dont elles ont l'habitude dès l'enfance, et peu disposées à s'écouter, y sont peu sujettes. Les femmes des classes moyennes, qui partagent leur existence entre les soucis matériels de leur ménage et les préoccupations d'intérêt, d'avenir de leur famille, forment le plus gros contingent des neurasthéniques utérines. Chez elles la neurasthénie revêtira indistinctement le type spino-sympathique ou spino-cérébral, suivant leur susceptibilité individuelle et le point de départ de l'affection. Enfin les femmes des classes dites supérieures, les mondaines, les aristocrates, élevées dans le luxe, l'oisiveté, le culte de leur corps et de leur santé, ces femmes, pour qui le plus léger trouble revêt les caractères d'une grave maladie et les condamne au lit, sont fatalement vouées à la forme féminine de la neurasthénie, telle que l'a décrite Weir-Mitchell.

2°) *Mauvaise hygiène morale psychique, physique* (1) *et intellectuelle.*

Les émotions, la peur, les récits terrifiants, le développement d'une sentimentalité religieuse et mystique exagérée, la lecture des romans, en exaltant l'imagination, peuvent engendrer une impressionnabilité extrême et maladive. Une éducation qui n'a pas suffisamment développé la volonté, l'énergie morale et le jugement en diminuant d'autant les ressources de la femme dans la lutte pour la vie, la fera succomber à la première difficulté, en fera une désespérée et finalement une névropathe. Le jeu exagéré des passions, la jalousie, la haine, l'envie, l'a-

(1) Cette classification est en partie empruntée à Mlle Kachperow.

varice, l'ambition et surtout les passions dépressives, telles que le remords, les revers de fortune, les déceptions de tout genre, l'anxiété, la perte d'un être aimé sont autant de causes d'affaiblissement nerveux. Une vie trop bruyante et trop agitée, l'abus des plaisirs, des spectacles, des émotions littéraires ou musicales (Levillain), la vie mondaine en un mot remplissent les mêmes conditions.

Une mauvaise hygiène alimentaire par défaut ou par excès ; les abus de certains stimulants, tels que café, thé, alcool ; l'usage de certains médicaments, comme l'opium, la morphine, l'éther ; les excès sexuels ou des habitudes moins avouables, telles que la masturbation, plus dangereuse peut-être encore chez les jeunes filles que chez les garçons (Sandras) sont des causes capables de favoriser l'épuisement nerveux.

Enfin le surmenage intellectuel sous toutes ses formes, la préparation des concours et des examens, que les conditions de la vie sociale actuelle imposent à tant de jeunes filles, les veilles, les excès de fatigue cérébrale agissent de la même façon.

3° *Les maladies chroniques héréditaires ou acquises*, les maladies telles que la tuberculose, la syphilis, la chloro-anémie, le diabète, la convalescence des maladies aiguës jouent un rôle important dans l'étiologie de la débilité nerveuse. Lorsque cette débilité est créée, que la vitalité des fonctions nerveuses est altérée, les génitopathies les plus variées susceptibles de se manifester pendant la période ou l'appareil utéro-ovarien joue un rôle actif, seront souvent le dernier assaut que ces fonctions auront à subir

avant de traduire leur épuisement par un ensemble de symptômes cliniques confirmés. La variété de ces génito pathies n'exclut pas une classification : les plus importantes dans l'ordre étiologique sont surtout celles qui avec le minimum de lésions ont le maximum de retentissement sur la sensibilité physique ou morale. Du côté de l'utérus, ce sont la métrite et l'endométrite (Bennett, Barnes) les déchirures et ulcérations du col (Emmet), l'abaissement (Chéron), les déplacements et changements de forme de toute nature. Les salpingites sont surtout muqueuses, catarrhales, quelquefois purulentes. Les lésions ovariennes sont légères, souvent peu appréciables à l'examen. Ce sont le plus généralement des ovaires gros, congestionnés, à symptômes dysménorrhéiques ou bien scléro-kystiques et irritables ; parfois ils sont déplacés et leur irritation par le passage des matières fécales ou pendant le coït a un retentissement général et durable. Les phlegmasies péri-utérines, de même que les affections précédentes n'agissent le plus souvent qu'à la longue par leur chronicité et après un minimum de temps estimé par quelques auteurs de 12 à 15 mois environ. Les grosses lésions, les tumeurs solides ou liquides, bénignes ou malignes de l'appareil utéro-ovarien affectent surtout la vitalité organique en épargnant la vitalité nerveuse. Les grossesses pénibles, difficiles, les accouchements laborieux, lents et douloureux, souvent suivis d'une intervention obstétricale et d'hémorrhagies multiples, les suites de couches pathologiques, les opérations gynécologiques de toute nature, toutes ces causes orsqu'elles s'exercent sur un terrain suffisamment préparé peuvent faire apparaître l'épuisement nerveux.

Symptômes

La plupart des symptômes de la neurasthénie utérine, ne diffèrent pas de ceux de la neurasthénie commune. Aussi serons-nous brefs dans leur description, sauf à indiquer les caractères qu'ils revêtissent dans les formes utérines.

La *céphalée* consiste surtout dans une sensation de malaise, de vide, de pesanteur, de flot mobile ou de céphalalgie, plus rarement de bandeau, de casque, de douleur occipitale, frontale ou péri-orbiculaire. Elle est plutôt diurne et intermittente, elle diminue ou augmente après les repas, s'exagère sous l'influence des travaux, du bruit, des émotions.

L'*insomnie* est fréquente après les excès intellectuels, les veilles ou les passions dépressives. Les malades éprouvent les plus grandes difficultés à s'endormir et n'y parviennent qu'à l'aide d'hypnotiques. Le sommeil est léger, peu réparateur. Il est entrecoupé de rèves, de cauchemars, de réveils fréquents où l'excitation cérébrale se traduit par une revue mentale automatique de toutes les préoccupations et de tous les soucis, par une suite d'idées sans lien, désordonnées, qui se précipitent dans une course vertigineuse. Vers le matin, la fatigue l'emporte et provoque un sommeil lourd et pesant. Dans les formes dépressives la tendance au sommeil prédomine : il est accablant mais peu réparateur et la somnolence persiste même le matin après le réveil.

Dépression cérébrale, intellectuelle, psychique ou mo-

rale. — La mémoire est affaiblie, l'attention difficilement soutenue, les souvenirs évoqués avec peine. Toute occupation d'ordre mental est pénible ou même impossible.

L'asthénie psychique ou morale provoque une diminution de la personnalité, un abaissement de la volition, une mobilité psychique exagérée, des caprices de tout genre, une propension à la tristesse et la mélancolie. Les impressions morales pénibles sont mal supportées, se répercutent à l'infini dans toutes les sphères cérébrales. Il en résulte des changements notables du caractère qui devient difficile, sombre, mélancolique et apathique. Le découragement s'installe en permanence, conduit aux idées de suicide. Parfois ces idées fixes prennent le caractère de phobies diverses et confinent aux vésanies. L'asthénie intellectuelle est plutôt le fait de la neurasthémie post-opératoire et de celle qu'on observe à la suite de la ménopause. L'asthénie psychique et morale est plus tréquente chez les utérines proprement dites.

L'asthénie musculaire est très commune dans toutes les formes de neurasthénie féminine ; c'est une fatigue rapide, précoce, exagérée. Plus accusée le matin, elle est souvent continue. Bien que générale, elle affecte souvent la forme paraplégique au point de faire croire quelquefois à une paralysie ; elle s'exagère sous l'influence des émotions, rend la station verticale difficile, la marche quelquefois impossible, confine les malades dans leur lit ou sur une chaise longue. Elle ne répond à aucune lésion organique, dépend plutôt de l'asthénie mentale. Souvent elle cède à un suprême effort de volonté, qu'il s'agisse d'un danger à éviter, ou de soins à donner à un enfant.

Algies; étudiées et décrites par Blocq et Huchard, elles peuvent simuler les lésions organiques les plus diverses. Ce sont des douleurs violentes, intolérables, fixes et continues, parfois avec accès paroxystiques, revenant aux mêmes heures, sans relation anatomique avec le trajet d'un nerf ou d'un organe, n'augmentant pas par la pression superficielle ou profonde, tenaces et rebelles à tous les médicaments. Blocq en a placé l'origine dans les sphères sensitivo-psychiques. Elles sont essentiellement subjectives. La variété de leur siège peut les faire diviser en périphériques et centrales. Les algies périphériques se localisent le plus souvent au niveau des seins (mastodynie) dans la région lombaire (rachialgie), la région coccygienne (coccygodynie), dans la région inter-scapulaire. Elles peuvent affecter les régions lombo-abdominale, crurale, sciatique, se surajouter à des névralgies des nerfs de ces régions ou faire croire à l'existence de ces dernières, si fréquentes dans les affections utérines.

Mais à l'inverse de ces névralgies, elles peuvent persister après la disparition de la lésion (Marotte). Centrales, elles se localisent à l'estomac (gastralgie, au cœcum, pseudo-typhlite), peuvent siéger exclusivement sur l'appareil utéro-ovarien en entier ou en partie, appelées par une lésion minime de celui-ci, et faire croire à une affection sérieuse qui n'existe pas. Ce sont ces cas qui ont fait dire « grande douleur, petites lésions » et qui rentrent dans ce que l'on a appelé « les grandes névralgies pelviennes (Richelot.)

Troubles gastro-intestinaux. — Dyspepsie. Elle peut présenter toutes les variétés. Dans la forme légère, l'em-

bonpoint est généralement conservé, l'appétit diminué ou augmenté, la langue humide, légèrement saburrale. Les repas donnent lieu, pendant la première demi-heure, à une sensation de bien-être ; puis surviennent des malaises, des sensations de poids et de pesanteur, de barre, de ballonnement épigastrique, de douleur à l'hypocondre. Il survient alors des renvois gazeux inodores, de la distension stomacale avec clapotement. La tête est lourde, la face congestionnée, l'esprit somnolent, les idées confuses et paresseuses : on observe très souvent des vertiges ; la gène précordiale et la sensation des battements cardiaques, le pouls petit et rapide font souvent croire alors à des palpitations. Ces malaises durent deux à trois heures, et prennent fin au passage pylorique des aliments, qui peut s'accompagner de tiraillements et de vide stomacal. L'intestin participe à ces troubles par du tympanisme, des expulsions gazeuses, de la constipation, cause fréquente d'hémorroïdes.

A un degré plus avancé, l'inappétence est absolue, la langue saburrale. La sensation de pesanteur épigastrique devient une véritable douleur, une sensation de chaleur et de brûlure. Le creux épigastrique est douloureux à la palpation. La flatulence se traduit par des renvois aigres avec pyrosis. La participation intestinale à ces désordres provoque une sensation de chaleur dans la direction du colon transverse, des coliques sèches et fréquemment de l'entérite muco-membraneuse.

L'atonie gastrique occasionne dans les formes légères une simple distension après les repas. Dans les formes plus accusées, où la tonicité musculaire de l'estomac est nulle,

cette distension devient permanente et aboutit à la dilatation avec fermentations.

Les troubles du chimisme stomacal consistent surtout en hypochlorydrie et en fermentations acides secondaires. La dypsepsie, lorsqu'elle est tenace et accusée, aboutit rapidement à l'amaigrissement, à une sorte de cachexie alimentaire, que les malades refusent de se nourrir. par crainte des troubles ultérieurs, ou que les aliments ingérés soient mal utilisés (Mathieu).

Entérite muco-membraneuse. — Elle est fréquente dans les névropathies d'origine génitale et s'explique facilement. La constipation est souvent la règle dans ces cas. Un utérus rétroversé ou rétrofléchi, une bride cicatricielle des annexes en comprimant le rectum, la propagation d'une phlegmasie utérine ou péri-utérine aux parois du rectum en le congestionnant, le séjour au lit, l'usage des narcotiques et des opiacés, l'atonie intestinale, provoquent et entretiennent cette constipation. Le séjour prolongé des matières fécales dans le côlon et surtout le rectum finit par irriter leurs parois, les congestionner et occasionner des troubles de secrétion. Sous cette influence, les mucosités, secrétées en abondance, s'accumulent, s'épaississent, s'enroulent sur elles-mêmes comme des membranes, et provoquent une irritation telle que tout le contenu intestinal solide ou liquide finit par être expulsé en une seule débâcle et au milieu des spasmes, laissant pour quelque temps le champ libre. Les premiers phénomènes inflammatoires du rectum occasionnent du ténesme, une sensation de brûlure exagérée pendant la défécation : les selles sont glaireuses et dysentériformes, il existe quelquefois une élévation de

température due à la résorbtion des ptomaïnes stercorales ; tout cela est bien fait pour donner le change et faire croire au début d'une phlegmasie péri-utérine. Plus tard, les matières deviennent ovillées, dures, se noyent dans une couche de mucosités qui les agglomère, finit par s'épaissir et par prendre la forme de fragments de pâtes ou encore de morceaux de tœnia. Ces débâcles sont très douloureuses. Même dans les intervalles, on observe fréquemment une sensation de brûlure et de chaleur péri-ombilicale dans la direction dn côlon transverse.

Troubles hépatiques. — Arau, Bennett et Martineau ont signalé comme conséquence des lésions utérines, de l'exagération ou de la diminution des sécrétions biliaires, des vomissements et des selles bilieuses coïncidant avec les règles, une hypertrophie du foie en rapport avec la congestion utérine et des coliques hépatiques. Ces troubles doivent plutôt être attribués à l'arthritisme et comme tels peuvent accompagner la neurasthénie.

Ptoses viscérales. Elles sont fréquentes dans la névropathie utérine et lui impriment une allure spéciale. Mathieu signale la néphroptose deux fois sur trois chez les femmes atteintes de dyspepsie nerveuse. D'après certains auteurs (1) (Chroback, Keene, et surtout Thiriar) le rein mobile, en comprimant les vaisseaux utéro-ovariens et en irritant le plexus de même nom serait susceptible d'engendrer des lésions utéro-ovariennes. L'hépaptose, la gastroptose et l'entéroptose sont des complications fréquentes chez les utérines nerveuses. On peut en attribuer le point de départ aux gros-

(1) Pichevin « Les fausses utérines » Semaine gynécologique 1897.

sesses répétées, à la castration utérine (Van Engelen), aux laparotomies, aux hernies ombilicales (Zabé), au défaut de résistance du plancher perinéal et aux prolapsus utérins consécutifs, à l'amaigrissement, à la constriction abdominale par le port du corset. Mais ces ptoses se produisent aussi chez l'homme ; il faut donc faire des réserves sur les causes précédentes et ne pas oublier que la seule neurasthénie en diminuant le tonus des organes contractiles, peut parfaitement les créer de toutes pièces. P. Reynier, Doléris et Pichevin ont insisté avec raison sur cette dernière origine, en montrant le peu de cas qu'il fallait faire des opérations destinées à corriger les attitudes vicieuses de l'utérus chez les femmes où règne l'atonie des ligaments.

Chéron a même avec logique étendu ces conclusions : d'après cet éminent gynécologue, si la plupart des opérations qui portent sur l'appareil utéro-ovarien ne réunissent pas et tombent dans le discrédit, c'est que l'on a négligé le traitement préalable des ptoses. Dans ces cas, une opération, quelque radicale qu'on la considère, sera toujours suivie d'un insuccès, faute de cette précaution. D'où le précepte formel de traiter, avant toute intervention chirurgicale, la névropathie préexistante.

Ces ptoses, sont fréquemment le fait des lésions utérines. Elles se font progressivement en commençant, soit par l'utérus soit par les autres organes abdominaux. Chéron en a distrait un type spécial caractérisé par l'utéro-gastroptose auquel il donne le nom de neurasthénie utéro-gastrique. Ces viscéroptoses s'accompagnent parfois de ptoses vaginales avec cystocèle, rectocèle et dislocation consécu-

tive du périnée (Chéron). Pour cet auteur les affections utérines qui coïncident le plus souvent avec les ptoses sont l'abaissement sans prolapsus avec lésion du col de l'utérus, l'endométrite fongueuse avec ou sans hémorrhagie compliquée ou non de subinvolution, l'endométrite avec rétro version adhérente ou non adhérente, la dislocation du périnée avec cystocèle et rectocèle. La grossesse occasionne souvent la splanchnoptose, par distension abdominale, affaiblissement de la paroi abdominale et du diaphragme pelvien. Les organes n'étant plus soutenus que par le péritoine s'abaissent sous l'influence de la pesanteur, si la résistance des liens péritonéaux est insuffisante. (Auvard). Les opérations gynécologiques sont dans une certaine mesure susceptibles de faire apparaître les ptoses (Van Engelen) : « On ne vide pas impunément un petit bassin. La statique abdominale a ses lois, ses conditions physiques, que l'on doit s'efforcer de respecter. Enlever le système génital dans sa totalité, c'est évidemment faire place dans cette partie décliveaux éléments viscéraux immédiatem ent sous-jacentes, c'est amener la ptose par soustraction d'un support. Cela change la physique et naturellement modifie la physiologie de la masse viscérale abdominale. C'est là un inconvénient on en conviendra »

Chez les femmes entéroptosées, les parois de l'abdomen sont amaigries, relachées, affaissées. La masse viscérale tombe dans le sens de la pesanteur, sur les flancs dans le décubitus dorsal, en bas dans la station verticale. Dans le premier cas, le ventre est plat, élargi sur les flancs ou creusé en bateau.

Le foie est descendu au-dessous des fausses côtes, les

reins sont déplacés, surtout le rein droit. Il en résulte quelquefois un coude de l'uretère et une hydronéphrose intermittente. On peut percevoir un battement épigastrique dû au soulèvement aortique systolique. La palpation permet de reconnaître le coude colique, un boudin cœcal, un cordon sigmoïdal, du clapotage et du gargouillement gastriques, une dépressibilité anormale de l'hypochondre ; enfin l'épreuve de la sangle (dans la station verticale, soulagement par une sangle hypogastrique) lèvera tous les doutes. (Blanc-Champagnac). Ces ptoses augmentent l'atonie viscérale, causent des troubles de la circulation, des tiraillements, de la gêne, retentissent douloureusement sur le système nerveux, en augmentent la souffrance et la dépresion : « ces malheureuses (1) méritent bien alors la qualification de déséquilibrées du ventre que leur a fort judicieusement donnée Trastour de Nantes. Elles n'osent plus se tenir debout, il leur semble à chaque instant que le contenu de leur abdomen va s'échapper ; elles évitent même de se remuer dans leur lit, redoutant ces déplacements viscéraux dont elles ont une conscience exagérée. Il y a là assurément une des causes principales de cet état mental particulier, qualifié d'atrémie par Neftél, et qui finit par inspirer aux malades une véritable horreur du mouvement. »

Symptômes secondaires

Leur nombre en est, pour ainsi dire, infini et ils peuvent tous s'observer dans la neurasthénie utérine. Il

(1) Siredey. *Neurasthénie utérine.*

serait fastidienx de les énumérer tous, et nous ne citerons que ceux qu'on a le plus couramment l'occasion de rencontrer dans cette forme.

Troubles sensoriels : du côte de la vue on note de la lourdeur et de la congestion de la conjonctive le matin au réveil, une dilatation permanente des pupilles, leur inégalité. Le regard présente une sorte d'alanguissement assez caractéristique. L'asthénopie est rare.

L'ouïe a souvent une sensibilité extrême et douloureuse, cause subjective de sifflements, de bourdonnements, de bruits isochrones aux pulsations artérielles. Le goût et l'odorat ont des bizarreries et des caprices insolites.

Cette altération des fonctions sensorielles s'accompagne souvent de vertiges liés ou non aux troubles gastriques. La vue se trouble, les oreilles bourdonnent, la tête semble vide, l'équilibre fait défaut, la malade titube, voit les objets osciller, le sol se dérober à ses pieds et ressent une sensation d'impulsion. Le sens moral et psychique peut présenter des modifications profondes : goûts dépravés, hypochondrie extrême, aboulie, phobie, obsessions diverses (Regis).

La sensibilité générale est désagréablement impressionnée par le froid, la chaleur, le vent, l'humidité. On observe du prurit, des démangeaisons paroxystiques du périnée, de la vulve, qui entraînent des conséquences morales quelquefois funestes. Il existe à l'égard des médicaments une idiosyncrasie très variée. L'opium excite, le thé et le café produisent une agitation extrême.

La circulation paye aussi un tribut à la névrose. Ce sont des palpitations sans lésion cardiaque qui apparaissent

surtout après les repas et paraissent dépendre de la dyspepsie. Quelquefois elles se produisent à l'occasion d'émotions, d'efforts, d'excès génitaux. Parfois elles sont remplacées par une accélération de battements cardiaques avec alternatives d'arythmie. Les bruits du cœur sont éclatants ; la systole est énergique et produit un soulèvement des grosses artères. Sous l'influence de la névropathie l'appareil circulatoire est en état d'éréthisme.

Dans cet état on a vu se produire des fausses angines de poitrine, incomplètes, atténuées et caractérisées par la prédominance des troubles vaso-moteurs.

C'est aussi à ces troubles que l'on doit attribuer les rougeurs émotives du visage, de la poitrine, l'œdème et la cyanose des mains et des pieds ou leur refroidissement, les sensations subjectives de froid ou de chaud, la fièvre nerveuse. L'appareil urinaire n'échappe pas à ces désordres. On y observe une polyurie transitoire ou permanente, de la dysurie avec spasmes vésicaux douloureux ; les urines contiennent un excès d'urate, d'acide urique et de phosphate ; le taux de leur acidité est augmenté (Vigouroux).

L'appareil génital est atteint lui aussi. La névrose y détermine des troubles des fonctions sexuelles, de la menstruation, de la sensibilité, de la tonicité et des troubles vaso-moteurs. Leur étude n'est pas la moins intéressante, mais ils relèvent surtout de la forme primitive de la neurasthénie utérine ; nous les citerons cependant, parce que par une sorte de choc en retour, ils peuvent aussi s'observer dans la forme secondaire.

Le sens génésique est souvent altéré. Dans une période

d'excitation, généralement primitive, les appétits et les désirs vénériens sont exagérés, en quelque sorte insatiables. Mais ce feu s'éteint tôt ou tard et fait place à une inappétence relative ou absolue. Absence ou diminution des désirs génésiques, répugnance au coït, absence de plaisir pendant cet acte constituent la forme féminine de l'impuissance sexuelle.

La menstruation peut être pervertie dans sa régularité, douloureuse, abolie ou exagérée (Doléris et Pichevin). Nous possédons plusieurs observations probantes de ces faits, d'ailleurs rationnels, mais les limites de notre sujet nous permettent seulement d'en faire mention. Les troubles de la sensibilité consistent en des algies de la sphère utéro-ovarienne avec ou sans lésions de ces organes. La douleur s'irradie à l'abdomen, au dos, aux reins. Elle augmente pendant la marche ou la station debout, diminue quand la malade est couchée; elle rend les rapprochements sexuels difficiles ou impossibles, s'exagère pendant les règles par le plus léger contact. C'est une douleur sourde, vague, tenace, persistant après l'intervention chirurgicale ; elle mine profondément le caractère de la malade et la pousse aux idées de suicide (1).

La perte de tonicité des organes utéro-ovariens et de leurs ligaments. les troubles vaso-moteurs que l'éréthisme nerveux y détermine, accidents de tous points comparables à ceux des autres viscères, se traduisent par (2) « des désordres purement irritatifs au début, des fluxions vasculaires des muqueuses, de la congestion passive de l'appa-

(1) Regnier. *Annales de psychiatrie* 1894.
(2) Doleris et Pichevin. *La pratique gynécologique.*

reil utéro-ovarien, aisée à constater par la coloration violacée du col, le développement variqueux de la muqueuse et donnant lieu consécutivement à des méthorragies » de la leucorrhée (Levillain) des changements de forme et de situation de l'utérus : abaissement sans prolapsus (Chéron) prolapsus, flexions et versions (Doléris et Pichevin) « Ces désordres primitivement fonctionnels créent un milieu de culture abondant et détruisent le revêtement protecteur des muqueuses, ils les rendent vulnérables à l'action secondaire des microbes toujours présents dans ces muqueuses ». Ce mécanisme nous explique comment une neurasthénie secondaire à un simple prolapsus, par exemple, pourra créer et entretenir une métrite infectieuse. Celle-ci réagira à son tour sur la névropathie qu'elle augmentera. La malade tournera dans un cercle vicieux sans fin, désespérant pour elle et son médecin, si celui-ci ne saisit pas l'influence réciproque de la lésion utérine et du système nerveux. Ces faits sont d'un très grand intérêt et mériteraient d'être approfondis. Malheureusement nous ne pouvons nous y appesantir car ils relèvent surtout de la forme primitive de la névropathie.

Enfin nous possédons deux observations relatant l'apparition d'une pseudo-grossesse sous l'influence exclusive et dominante de la neurasthénie. Si l'on se rappelle que celle ci est susceptible de provoquer l'aménorrhée, que d'autre part elle donne souvent lieu à l'apparition d'images et impressious subjectives erronées (Blocq) surtout dans les sphères génitales, on conviendra que ce fait paradoxal au premier abord, n'a rien qui doive surprendre et le faire considérer comme irrationnel.

Tableau général (1)

La neurasthénie secondaire n'accompagne pas forcément et d'emblée toutes les génitopathies. Lorsqu'elle apparaît au cours d'une affection utérine, que celle-ci soit primitive, idiopathique ou post-puerpérale c'est à une époque généralement éloignée de son début ; on peut observer à cet égard les plus grandes variétés suivant les susceptibilités individuelles ; en moyenne on peut estimer ce délai à un an environ. Elle ne s'installe pas avec éclat, ses débuts sont longs et insidieux. Elle demande à être recherchée avec soin et à être dépistée au milieu de toutes les souffrances qui sont sous la dépendance de l'affection primitive. Quelquefois elle se lie à une aggravation des accidents locaux : mais souvent, au contraire, il n'y a aucun épiphénomène utérin de nature à amener l'apparition de la névropathie. Cependant les douleurs changent de caractère, elles deviennent moins aiguës, plus sourdes, plus tenaces et plus diffuses. Elles prennent le caractère d'une obsession continuelle qui ne laisse ni repos, ni trêve à la malade. Bien que leur acuité soit prédominante dans les régions génitales, elles s'irradient dans les viscères voisins, le rachis, les membres inférieurs s'installent en permanence dans le territoire envahi, plutôt psychique qu'anatomique, et finissent par devenir de véritables algies. Les troubles digestifs ne restent pas en

(1) Quelques-unes des grandes lignes de ce tableau sont empruntées à Siredey. *Neurasthénie utérine.*

retard. L'appétit est nul ou faussement exagéré. Les digestions deviennent lourdes, paresseuses, déprimantes. L'estomac et les intestins sont ballonnés, distendus par les gaz. Les renvois et les expulsions anales deviennent de plus en plus fréquentes. La constipation est permanente, rebelle à tous les moyens, L'atonie gastro-intestinale, passagère au début, augmente et finit par devenir continue. L'estomac se dilate et s'abaisse. La masse intestinale distendue par les gaz, alourdie par le poids des matières fécales, affaiblie dans sa musculature, perd sa tonicité, triomphe de la résistance de ses ligaments suspenseurs et devient plus mobile. Sous l'influence de la stercorémie et des troubles gastro-intestinaux, les fonctions hépatiques languissent. Le foie se congestionne, s'hypertrophie et s'abaisse. Il chasse devant lui le rein droit et le luxe. La viscéroptose est constituée. Les caractères de la constipation se modifient, les selles deviennent muqueuses. Parfois elles s'accompagnent de fausses membranes blanchâtres, analogues à des morceaux de tœnia. La défécation est douloureuse, provoque des spasmes de l'anus. L'entérite muco-membraneuse est un nouveau sujet de tourment pour les malades. Toutes les fonctions de la nutrition s'alanguissent. L'amaigrissement et la faiblesse augmentent. La physionomie s'émacie, pâlit ; les traits se tirent ; ce changement survient parfois en quelques jours. On interroge l'utérus et « souvent on trouve le ventre plus souple, l'utérus plus mobile, les culs-de-sacs plus libres. Cette disproportion si remarquable entre les phénomènes subjectifs et les phénomènes objectifs peut déjà mettre sur la voie et faire soupçonner

l'intervention de troubles névrosiques » (Siredey). Peu à peu les accidents nerveux s'accentuent et se généralisent. Le caractère change : il devient plus irritable, plus mobile et plus capricieux. Les fonctions intellectuelles se dépriment.

Tout effort mental est pénible ou même impossible. Rien ne peut égayer et distraire la malade, hypnotisée par la préoccupation de sa santé. Elle concentre sur cette idée toutes les forces de son esprit, l'examine et la fouille dans tous les sens ; se persuade qu'elle ne guérira jamais. Terrorisée par cette conviction intime, démoralisée par la conscience exagérée de son infirmité sexuelle, elle tombe peu à peu dans la mélancolie et l'hypochondrie. Ses tourments ne lui laissent même pas la suprême consolation du sommeil. La nuit se passe en longues et pénibles insomnies où tous les cauchemars vécus de la veille surgissent en foule, s'emparent de sa pensée et la soumettent à un indescriptible supplice. Enfin le jour arrive et alors accablée, anéantie, elle s'endort d'un sommeil pesant et lourd, mais aucunement réparateur. Elle s'éveille tard dans la matinée, lasse, brisée, anéantie ; la face œdématice ; la tête vide, lourde, douloureusement impressionnée par des sensations multiples de souffrance qu'elle a elle même beaucoup de peine à définir.

Elle ne quitte son lit de supplice que pour s'étendre sur une chaise longue ou un fauteuil. La faiblesse de ses membres lui rend tout effort musculaire difficile, la marche impossible. Vient-elle à se lever ? Elle est prise aussitôt d'angoisses, de sueurs froides, de défaillance, d'un véritable vertige. A chaque mouvement, elle accuse une sen-

sation de tiraillement, de crampes dans les viscères. La terreur de tous ces malaises la condamne à s'immobiliser indéfiniment et c'est à peine si elle ose se retourner. Elle peut encore se servir de ses bras, mais avec combien d'infinies précautions ! le moindre effort a son contre-coup dans le ventre ; « elles (1) arrivent à éviter de lever les bras, de tenir un livre ou de faire des travaux à l'aiguille, et à mesure qu'elles rétrécissent ainsi le champ de leur activité, les désordres nerveux ne font que s'accroître, par un véritable entraînement progressif. Les malades ne s'intéressent à rien de ce qui avait autrefois de l'attrait pour elles. Les sentiments de famille paraissent même diminués, en quelque sorte endormis ; elles n'ont plus pour leurs enfants, pour leurs maris, les élans de tendresse qu'elles avaient antérieurement. Elles n'ont plus de volonté, plus d'énergie ; elles demeurent constamment inertes et découragées. Il semble que toutes leurs facultés soient concentrées sur leur mal. Elles en analysent les moindres symptômes, recherchant le siège des douleurs, s'attristant dans la contemplation des écoulements génitaux, qui sont pour elles l'indice de troubles graves. Elles se croient atteintes d'affections cancéreuses, d'ulcérations incurables et sont constamment hantées par la crainte d'opérations chirurgicales. Quelquefois cette chirurgie qu'elles redoutent, exerce sur elles une véritable fascination et après avoir déclaré pendant longtemps qu'elles ne consentiraient jamais à accepter une opération, elles sont prises d'une

(1) SIREDEY.

véritable folie opératoire et harcèlent les chirurgiens pour se faire enlever les organes malades.

A ces préoccupations d'ordre physique, s'ajoutent des souffrances morales qui prennent le caractère de véritables obsessions. Leur infirmité sexuelle leur apparaît comme une cause de dégoût pour leur mari, elles craignent d'être délaissées et même quand elles sont peu portées à la jalousie, elles deviennent inquiètes, méfiantes, manifestant à tout propos une susceptibilité exagérée. La perspective de la stérilité leur apporte une nouvelle cause d'inquiétudes et de regrets. On comprend que ces angoisses soient de nature à épuiser la résistance du système nerveux. L'insomnie, les souffrances physiques et morales, affaiblissent leur organisme, retardent leur guérison et la débilitation progressive ne fait qu'accroître la dépression psychique. Trop souvent la funeste influence des nacotiques et des stupéfiants vient encore exagérer la déchéance du système nerveux A ces malades qui souffrent ou n'ose guère refuser le chloral, l'opium, les bromures et l'usage répété de ces médicaments entretient presque toujours leur état de langueur et de faiblesse ; ces névropathes deviennent très rapidement morphinomanes et c'est une association morbide que l'on ne rencontre que trop souvent en pareille circonstance. »

Lorsque la neurasthénie s'installe après une opération gynécologique. les troubles psychiques, mentaux et vaso-moteurs dominent la scène, sans préjudice d'ailleurs des troubles gastro-intestinaux.

Les troubles vaso-moteurs sont les plus précoces. Ce sont des « bouffées de chaleur » qui congestionnent la

face ; « la femme est prise d'un sentiment d'étourdissement. Ses yeux se troublent, ses oreilles teintent, sa face devient rouge, parfois vultueuse ; elle s'arrête dans ses occupations, se dégraffe ou dénoue sa chevelure et souvent cherche à respirer un peu d'air frais. En quelques secondes, tout au plus deux ou trois minutes, la crise se termine (Jayle) ». La mémoire subit une profonde altération : « partie pour chercher un objet, elle ne se souvient plus du but de sa démarche ; désireuse de vous entretenir d'une chose quelconque, elle ne se rappelle plus au moment où elle vous aborde, ce qu'elle avait à vous annoncer ». Les facultés intellectuelles se dépriment : l'attention est difficilement soutenue, les conversations sont péniblement suivies, les opérations de l'esprit sont lentes et paresseuses. La réplique ne vient pas, le mot propre fait défaut. Tout effort intellectuel devient peu à peu impossible ; l'atonie cérébrale s'affirme et se complète. Elle est entretenue par des insomnies fréquentes. Les nuits sont entrecoupées de bouffées de chaleur et de cauchemars, causes de réveil. Le sommeil est impossible jusqu'au matin où la femme s'endort accablée, anéantie. Au réveil elle est lasse, brisée, courbaturée, souffre de douleurs de tête qui s'accompagnent de bourdonnements d'oreille, de troubles oculaires et de vertiges. Cette céphalée peut durer longtemps, des jours entiers et quelquefois des semaines, sans discontinuer.

Il existe en outre des algies lombaires, et quelquefois génitales, malgré l'absence de ces organes. Les digestions sont laborieuses, lentes, pénibles. L'appétit est nul, la constipation apparaît, Des ptoses s'établissent progres-

sivement sous l'influence de l'atonie nerveuse et du défaut de soutien périnéal. La faiblesse augmente, se généralise, plus accentuée surtout aux membres inférieurs, ne permettant ni effort ni exercice. Enfin la femme a le sentiment intime de son infériorité sexuelle. Elle se sent condamnée à porter à jamais cette tare indélébile. Elle n'a plus la même aptitude aux rapports conjugaux, craint de blesser son mari par sa froideur, d'être délaissée par lui. Toute sa féminité psychique en souffre. Son caractère se modifie. Elle devient irritable, méchante, impatiente, fait subir aux autres et à elle-même sa mauvaise humeur. Parfois, cet énervement finit par la lasser ; elle est sombre, répugne à ses occupations favorites et à ses distractions habituelles. Ses goûts se modifient, sa pensée se complait dans des méditations tristes et mélancoliques. Elle devient hypochondriaque, néglige son mari, ses enfants, son foyer et tombe dans des idées de suicide, ou cherche un remède à ses maux dans l'abus des narcotiques.

La neurasthéine de la ménopause diffère très peu de cette dernière. Il serait fastidieux d'en donner une description presque de tout point identique. Les troubles vaso-moteurs, dyspeptiques, cérébro-psychiques y sont les mêmes. Mais ici l'agent de la dépression morale consiste surtout dans le sentiment que la vie génitale a pris fin, que l'ère des plaisirs sexuels est close, que l'existence a marqué d'une jalon important une étape de plus vers le terme suprême.

La vieillesse est proche : la décadence a commencé ; les flatteries et les honneurs ne sont plus de cet âge. Certaines femmes dont la vie s'est passée en frivolités de toutes

sortes, ont assez peu d'énergie morale pour succomber à ce qui est pour elle une déchéance, et si leur système nerveux s'est malgré tout maintenu intact jusque là, il peut en ressentir un coup si profond qu'il ne s'en relève pas et imprime à l'éclosion de la neurasthénie une allure presque juvénile.

Formes cliniques

Les descriptions précédentes ne sauraient avoir la prétention d'énumérer toutes les épisodes cliniques auxquelles donnent lieu une névrose aussi variée dans ses formes que dans ses symptômes et présentant autant de modalités diverses que de cas. La prédominance de tel ou tel symptôme en permettant de grouper autour de lui tous ceux d'un ordre secondaire, constitue les formes cliniques de la neurasthénie. Quelques-unes d'entre elles nous intéressent plus particulièrement.

La forme cérébrale revêt chez la femme un caractère particulier. La céphalée consiste en sensations de vide, de pesanteur, de ballottement. La cérébrasthénie se traduit par de l'insomnie, des vertiges, de la dépression de la volonté, de l'indécision, de l'aboulie, des perversions morales, telles que le découragement, le dégoût de tout, l'indifférence complète ; de l'impuissance au travail, de la tendance à la mélancolie, aux obsessions et aux phobies ; des troubles du sensorium avec leur cortège d'algies périphériques ou centrales. A ce titre, cette forme englobe les neurasthénies mono-symptomatiques qui sont avant tout d'ordre essentiellement psychique (Blocq-Huchard) et dépendent

de l'auto-suggestion. La forme spinale est caractérisée par la rachialgie, la faiblesse des membres, surtout des membres inférieurs, la fatigue précoce et exagérée au moindre exercice.

Les formes sympathiques comprennent les troubles cardiaques, dyspeptiques, génito-urinaires. La forme cardiaque consiste en palpitations, fausses angines de poitrine, arythmie, troubles vaso-moteurs.

Dans la forme dyspeptique prédominent les accidents gastro-intestinaux ; anorexie, digestion viciée, distension ou dilatation stomacale, fermentations secondaires, nausées, congestion hépatique, météorisme intestinal, constipation, entérite muco-menbraneuse. On doit rattacher à cette forme les diverses ptoses viscérales, qui en sont souvent la conséquence.

A la forme génito-urinaire qui est le plus souvent primitive, se rattachent les troubles de la fonction sexuelle, les troubles de la menstruation, des troubles de la sensibilité, de la circulation et de la statique de l'appareil génito-urinaire.

Ces diverses formes sont rarement isolées. Elles forment des associations et des combinaisons multiples qui impriment à la neurasthénie son caractère protéiforme et dont la série est presque infinie.

Un des termes de cette série, réalisé par l'association de l'asthénie psycho-morale à l'asthénie neuro-motrice ou dû peut-être uniquement à la première, est la forme si curieuse, décrite par Weir-Mitchell sous le nom de neurasthénie féminine qui a tant de points de contact avec la neurasthénie utérine. Dans la forme de Weir Mitchell

la dépression cérébrale est partée à son comble, l'énergie morale n'existe plus : tout devient prétexte à contrariétés, à tourments, à obsessions « la dégradation morale fait vraiment pitié » . L'énergie physique n'est plus qu'un souvenir ; le moindre effort est impossible et provoque tant de souffrances que les occupations les plus minimes doivent être abandonnées. L'inertie est absolue « le canapé ou le lit deviennent leur seul confort » et pendant des mois et des années ces femmes n'ont d'autre souci que de rester étendues sur un meuble dans la plus stricte immobilité, fuyant le bruit, la lumière, les conversations. Elles recherchent les visites, se complaisent a étaler leurs souffrances, à se faire plaindre, trouvent un aliment à leurs maladies dans les manifestations de tendresse et de sympathie exagérées, dans les soins assidus dont elles sont l'objet de la part d'une mère, d'une sœur ou d'une autre parente dévouée. Elles finissent par devenir de véritables tyrans pour leur famille dont le désespoir réjouit leur égoïsme. Cette forme que Weir Mitchell a magistralement caractérisée a bien des points de contact avec la névropathie utérine.

Elle peut même être l'unique manifestation d'une génitopathie. Nous en avons trouvé des observations curieuses et probantes, dans le traité d'Emmet.

OBSERVATION XL. — *Neurasthénie utérine secondaire à forme féminine.*

Il y a quelques années je fus appelé à voir une dame qui gardait le lit depuis 5 ans. Je l'examinai mais avec assez de difficulté parcequ'elle paraissait très faible. Je ne trouvai qu'un peu

de retroversion ce qui me surpris beaucoup ; rien ne justifiait le séjour au lit. Il me parut absolument nécessaire de la déterminer à quitter le lit. Comme elle habitait à la campagne et que j'avais huit heures devant moi avant de prendre le train je résolus d'essayer. J'entamai plusieurs sujets de conversation sans parvenir à l'intéresser. Je commençai à désespérer lorsque par hazard je me mis à parler d'autographes. J'appris alors que la malade en avait fait collection. Nous en causâmes et bientôt je la vis se soulever sur le coude et s'animer. Au bout d'un moment je lui demandais : « n'éprouvez vous pas quelque soulagement ? » Toute surprise elle me répondit : « mais oui, pourquoi ? » Je m'y attendais repris-je : nous allons vous envoyer votre femme de chambre et vous allez vous habiller et venir dîner avec nous. Pensez vous que je puisse me lever ? reprit-elle. Certainement » Je lui fis frictionner les jambes ; elle se leva, s'habilla et vint se mettre à table. Au bout d'une demi-heure, la voyant fatiguée, je la fis placer sur un sofa. Quinze jours après elle venait me voir dans mon cabinet à New-York.

OBSERVATION XL. — *Neurasthénie utérine secondaire à forme féminine.*

Il y a huit ans on m'amena sur un brancard une jeune femme célibataire qui m'était envoyée par le docteur Wm. Van Burem. C'était un véritable squelette. Elle ne voulait ni manger ni se remuer : la nuit une personne de sa famille devait la veiller et il fallait laisser le gaz allumé. De plus pour ennuyer les personnes qui la soignaient elle allait volontairement à la selle sur son lit.

Depuis 4 ans elle ne s'était pas levée. Je fis un examen local avec difficulté parcequ'elle raidit les jambes et je ne trouvai rien d'anormal si ce n'est un peu d'hypertrophie utérine et une antéversion très marquée. Je vis qu'il me fallait employer les grands

moyens moraux pour la guérir. Je dis aux parents de retourner chez eux, ce à quoi ils eurent de la peine à se décider, puis je montai auprès de ma malade. Je lui dis : « toute votre famille vous abandonne, elle vient de partir sans même vous dire adieu, vous êtes maintenant entièrement en mon pouvoir. Ici tout le monde m'obéit et quand on exécute pas mes intentions je suis terrible ; Si vous désobéissez vous vous en repentirez. Je fais la visite demain à 10 heures ; il faudra que vous soyez habillée pour cette heure. Si vous n'êtes pas habillée, c'est moi-même qui viendrai faire la femme de chambre et vous mettre votre chemise. » Sur ce mot elle ouvrit les yeux et me dit « vous êtes une brute, monsieur. » Je lui fis donner des aliments et on la laissa seule. Le soir à 9 heures, je fis fermer le gaz et on la laissa seule. Le lendemain à 10 heures, j'entrai dans sa chambre et je m'aperçus qu'elle était vaincue, car en entendant mes pas elle s'était mise a passer ses bas. Je lui parlai doucement et lui permis de rester encore ce jour au lit pour se reposer du voyage. Le lendemain elle se leva et vint à mon cabinet ou je pus l'examiner à mon aise. Un mois après elle rentrait chez elle guérie. Le traitement consista à lui faire faire tous les jours des injections d'eau chaude ; à badigeonner à plusieurs reprises tout le vagin avec de l'iode et à la frictionner des pieds à la tête trois fois par jour. On lui fit prendre l'air et le soleil le plus possible et on lui donna quelques purgatifs pour maintenir le ventre libre.

OBSERVATION XLII. — *Neurasthérine utérine secondaire post-puerpérale à forme féminine.*

En 1876, une dame du Sud qui gardait la chambre depuis la naissance de son dernier enfant qui remontait à 6 ans, entra dans ma maison de santé. Elle passait tout son temps soit au lit soit

sur un sofa, enveloppée dans une couverture, se plaignant de souffrir du ventre. Elle s'était habituée à ne pas sortir et n'avait même pas de robe. A sa surprise ma première prescription fut de lui faire commander une robe de soie à la dernière mode. Un matin sous mes yeux je la fis s'habiller; sa robe n'allait pas très bien. Je sortis un grand moment et quand je revins, la curiosité l'emportant je la trouvais devant une glace en train d'arranger sa robe. Je lui fis donner un chapeau et avant qu'elle ait eu le temps de se reconnaître je la fis sortir. Le charme était rompu. La guérison marcha ensuite rapidement.

La lecture de ces observations nous fait non sans raison penser que cette forme est avant tout psychique. L'atonie neuro-motrice est plus apparente que réelle : elle est commandée et entretenue par l'auto-suggestion dont toute cause capable de la supprimer en fera disparaître les effets. Pour toutes ces raisons nous considérons cette forme comme une variété de la grande forme cérébro-psychique au même titre que les algies. Elle est dans la sphère motrice l'analogue de la forme algique dans la sphère de la sensibilité.

Toutes les femmes ne présentent pas au complet le tableau des formes précédentes « Souvent ce sont des geignardes (Charcot) dont la vie n'est qu'une longue plainte d'une modulation monotone à laquelle tout sert de prétexte. Souvent aussi ce sont des incomprises et l'on trouve à la fois chez elles la dépression neurasthénique et le tourment d'une âme méconnue, qui cherche une âme sœur qu'elle a de grandes chances de ne trouver jamais » (Mathieu). Ces femmes se plaignent de partout et de rien,

obsèdent de leurs inquiétudes, leur médecin, leur famille et tout ce qui les entoure. Elles vont, viennent, vaquent à leurs occupations habituelles, mais sans le moindre goût. Elles ont un peu de dyspepsie, des renvois, des digestions paresseuses, de la constipation, de légères douleurs dans les reins et dans les jambes. En un mot le tableau de leurs malaises est à peine ébauché : ce sont les formes frustes de la neurasthénie utérine.

Hystéro-Neurasthénie.

L'hystérie est fréquemment associée à la neurasthénie utérine. Tantôt l'hystérie préexiste et appelle à son tour la neurasthénie, tantôt cette dernière, au contraire, la précède.

Les symptômes hystériques apparaissent insidieusement, perdus, pour ainsi dire, dans l'affaissement des appareils neuro-moteurs. Ce n'est qu'à la longue que l'on parvient à les reconnaître ; les crises de larmes et de rires sans motif, le globe hystérique, la polyurie, la débilité morale spéciale à cette névrose, se révèlent alors sous leur véritable jour. Un examen plus approfondi révèle l'existence de zônes hystogènes, un rétrécissement du champ visuel, de l'achromatopsie, de l'hémi-anesthésie, de l'anesthésie du pharynx et de la conjonctive.

Quelquefois surviennent des crises convulsives, des paralysies et des contractures qui ne permettent plus l'hésitation. Il peut arriver que l'hystérie, tout comme la neurasthénie,

soit provoquée par des lésions génitales (1). Dans ce cas, ces deux névroses naissent ensemble sous la dépendance de la même cause et évoluent parallèlement. Si les stigmates hystériques ne s'affirment pas, on se trouve en présence d'une sorte de névrose hybride, dont les caractères peuvent dérouter le clinicien. Tout comme la neurasthénie, l'hystérie peut provoquer sur l'appareil génital les troubles de la menstruation, des troubles vaso-moteurs et des troubles sensitifs. Mais ces troubles ont un caractère spécial facile à mettre en relief.

Les troubles de la menstruation apparaissent brusquement et disparaissent de même. Ils sont instables, mobiles, capricieux, liés aux causes les plus futiles, à la moindre émotion; coïncident avec des caprices encore plus insolites, des crises de larmes exagérées, des changements de caractère subits et inexplicables. Les troubles vaso-moteurs n'ont pas la persistance et la ténacité qu'ils présentent dans la neurasthénie et n'aboutissent pas comme eux à des désordres statiques. Ce sont des hémorrhagies, des congestions utéro-ovariennes mobiles, influencées par la plus petite contrariété, ou apparaissant sans cause évidente, provoquant des névralgies extrêmement douloureuses, des crises convulsives, des spasmes divers.

Les troubles de la sensibilité revêtent le caractère de spasmes ou de névralgies. Le plus souvent ils apparaissent chez des malades atteintes d'une lésion minime des organes génitaux, noyaux cicatriciels, érosions du col, rétroflexion ou rétroversion légère, congestion ovarienne.

(1) Meurisse. *Syndrome utérin et manifestations hystériques*. Thèse Paris, 1895.

Ces lésions sont très irritables; au moindre attouchement, au moindre frôlement, il se produit une contracture intense des fibres de l'anneau vulvaire, du releveur de l'anus, du col de la vessie et du sphincter de l'anus. Cette contracture est analogue en tous points à celles qu'occasionne la fissure anale. Quelquefois elle se produit sans cause extérieure et par le simple effet de l'appréhension ou de l'émotion. La réciproque existe. La défécation, la miction provoquent ces spasmes douloureux, et entretiennent une véritable hypéresthésie de toute la région pelvienne.

D'autres troubles hystériques ne tardent pas à paraître et à affirmer la nature des accidents (Siredey). Souvent encore l'hystérie donne lieu à des névralgies utérines, ovariennes, lombo abdominales, crurales, sciatiques. Mais alors, la douleur est localisée ; elle est contusive, lancinante, parfois extrêmement violente ; il y a des points douloureux utérins et ovariens et sur le trajet des nerfs.

Elle s'accompagne de crises convulsives intenses et répétées, de contracture des membres inférieurs. Elle est changeante, capricieuse, se déplace et revient sous le plus futile des prétextes. Tous ces accidents ne laissent pas que d'impressionner très désagréablement la malade. Elle s'en inquiète à l'excès, son caractère s'assombrit, se porte à la mélancolie. Elle n'ose plus demander des soins qui lui seront une nouvelle cause de tourments. Découragée, elle se résigne à son triste sort ; l'appétit se perd, les digestions deviennent paresseuses, le sommeil fait défaut et l'abus des narcotiques achève de préparer le terrain à l'éclosion de la neurasthénie.

Pathogénie

Les principes de pathogénie que nous avons exposés au début de ce travail nous permettront d'être brefs dans l'exposition des théories par lesquelles on a voulu expliquer la genèse de la neurasthénie utérine. D'ores et déjà on peut classer ces théories en deux groupes généraux suivant la part qu'elles font à l'élément organique et à l'élément psychique.

Parmi les premiers, une des plus récentes, née du rôle pathologique microbien, attribue le point de départ des accidents nerveux généraux à une sorte de fièvre puerpérale atténuée, dont l'origine serait l'infection utérine. La résorbtion des toxines sécrétées dans l'appareil génital en créant des troubles vaso-moteurs finirait par altérer le fonctionnement des éléments nerveux. Bien que ces toxines provoquent souvent ces troubles vaso-moteurs, bien qu'elles puissent même créer de toute pièce comme dans le tétanos, des désordres nerveux extrêmement graves, il n'est pas encore démontré qu'elles puissent engendrer l'épuisement nerveux. Les infections qui peuvent se produire ailleurs sont loin d'avoir cette conséquence et d'autre part, cette théorie ne saurait convenir à la neurasthénie primitive alors que l'infection n'existe pas encore. Celle-ci peut il est vrai affaiblir l'organisme et préparer le terrain. Ce n'est là qu'une condition prédisposante et non occasionnelle.

Pour la même considération toutes les autres causes

invoquées dans le même ordre d'idée et qui agiraient par l'intermédiaire de l'affaiblissement organique qu'elles créent : les fatigues de la grossesse, de l'accouchement et de l'alaitement, l'épuisement occasionné par les écoulements utérins, l'anémie produite par les métrorrhagies, l'alanguissement de la nutrition provoquée par la douleur, par les troubles gastro-intestinaux, par le séjour prolongé au lit et dans une atmosphère confinée, toutes ces causes peuvent prédisposer à la neurasthénie en affaiblissant le système nerveux, en le rendant plus vulnérable aux impressions morbides mais ne sauraient être l'unique condition de l'apparition de la névrose. Elles ne l'engendrent pas par le seul fait de leur existence, puisqu'elles peuvent se rencontrer ailleurs sans avoir cette influence. Elles n'ont qu'une action collatérale.

On a fait jouer un rôle considérable aux ptoses viscérables. Que ces ptoses soient produites par un prolapsus utérin, par le relâchement des parois abdominales et périnéales consécutives à la grossesse, par l'ablation de l'utérus considéré comme organe de soutien pelvien, nous avons vu que rien dans leur mécanisme d'action et le parallélisme de leur évolution avec celle de la neurasthénie n'était capable de faire admettre en leur faveur une influence pathogénique sur cette dernière. Tout au plus peuvent-elles être considérées comme une cause aggravante. Le plus souvent elles sont dues à la diminution de tonus des organes contratiles propres aux ligaments suspenseurs et sont un effet plutôt qu'une cause.

Récemment sous l'influence des recherches de Brown-Sequard, de Chroback, de Charrin et de Keiffer, on a consi-

déré la diminution ou la suppression des fonctions ovariennes et utérines comme le facteur des désordres névropathiques. L'ovaire devrait être considéré comme un organe glandulaire dont les sécrétions ne seraient pas sans avoir une certaine importance sur le fonctionnement normal du système nerveux. Les fonctions glandulaires de l'utérus seraient un émonctoire analogue aux fonctions rénales et supodipares. Les troubles de la menstruation, les lésions utéro-ovariennes, l'ablation de ces organes, la ménopause en altérant ou en supprimant ces fonctions pourraient par ce seul fait engendrer des accidents nerveux. Ce mécanismes et les données sur lesquelles il repose mérite d'être pris en considération. Mais faut-il lui attribuer un rôle pathogénique exclusif ? Que l'on considère que les grosses lésions utéro-ovariennes, les tumeurs, les cancers, celles qui seraient le plus susceptibles d'altérer le fonctionnemeut glandulaire de ces organes sont rarement suivies de troubles nerveux, qu'au contraire, ces derniers sont le fait d'altérations minimes à peine appréciables épargnant la vitalité des diverses parties de l'appareil génital, on conviendra que s'il faut faire une part à ce mécanisme, on ne doit pas lui attribuer une importance exclusive. Parfois les rôles sont renversés ; c'est la neurasthénie qui altère le fonctionnement des organes utéro-ovariens. Quelle est alors la valeur de cette théorie ?

On a voulu faire de la neurasthénie utérine un réflexe purement nerveux. On s'est appuyé dans cette considération sur la richesse des manifestations nerveuses du plexus utéro-ovarien sur ses anastomoses nombreuses avec les plexus lombaire, sacré, hypogastrique et solaire. Les

réflexes dont l'appareil génital serait le point de départ suivraient la voie sympathique où ils se traduiraient par des troubles gastro-intestinaux (Barnes) et la voie spino-cérébrale, par laquelle ils produiraient les accidents spinaux et cérébraux (Emmet, Barnes). Il y aurait une corrélation intime entre le fonctionnement des organes utéro-ovarien et celui des organes nerveux. Toute altération de ces derniers en détruisant cet équilibre provoquerait « une métastase dynamique » (Barnes) sur les centres nerveux et des désordres consécutifs. Ce mécanisme a pour lui une apparence de réalité, confirmée par l'observation de la clinique ; mais s'il en était toujours ainsi on verrait infailliblement toute altération génitale provoquer ces accidents nerveux, de quelque nature qu'ils soient. Il en est loin d'être ainsi et souvent chez certaines femmes on constate parfaitement tolérées les mêmes lésions qui chez d'autres provoquent des névropathies hors de proportion avec leur gravité.

Il y a donc un autre élément capable d'altérer à ce point la susceptibilité nerveuse et dont cette théorie ne fait pas mention. Chéron a mis ce fait en lumière en démontrant que dans tous les cas où les affections de l'appareil utéro-ovarien développaient des lésions fonctionnelles ou de texture, les femmes étaient sous le coup d'une maladie constitutionnelle ou d'une diathèse. Boussi a spécifié dans sa thèse inaugurale que les troubles nerveux utérins relèvent du nervosisme, que leur intensité est proportionnelle à celle du nervosisme, qui d'ailleurs était la seule cause de la chronicité des lésions utérines.

Il faut donc joindre à toutes ces considérations patho-

géniques une prédisposition morbide spéciale, une sorte de névropathie latente et primitive, et considérer les lésions utérines comme des agents capables de la réveiller et de l'exagérer,

Quelques auteurs avec Bernutz et Goupil ont subordonné l'éclosion des troubles nerveux « aux préoccupations morales dépressives qui sont presque constamment les tristes compagnes des affections des organes génitaux ». Mais cette dépression morale est loin d'être toujours la règle. De plus elle est elle-même l'indice d'une susceptibilité nerveuse toute particulière. Telle femme ne sera jamais affectée de sa génitopathie même très grave. Telle autre pour la plus minime lésion tombera dans le plus grand affaissement moral.

« Il faut tenir compte encore de la sensibilité particulière de la femme, de l'influence de son imagination, de son tempérament » (Dunal). Cette dépression morale ne dépend donc pas de l'altération utérine, mais d'une idiosyncrasie spéciale individuelle qui est l'élément primordial de la neurasthénie. Elle en est non pas la cause, mais le symptôme. Elle peut il est vrai contribuer à l'entretenir et à l'aggraver par l'alanguissement qu'elle détermine sur les fonctions de la nutrition.

Dans un grand nombre de cas, on peut comme M. Siredey l'a fait avec juste raison invoquer la suggestion comme le plus important des facteurs pathogéniques de la neurasthénie utérine. Tantôt la suggestion est d'origine familiale « Ce sont des proches parents, mères, sœurs, cousines etc., où des amies, quelquefois mêmes de simples connaissances qui ont succombé a un cancer ou subi

quelque opération grave ». La description de ces souffrances se grave si profondément « dans l'esprit de certaines femmes qu'elle leur fait éprouver les symptômes de la maladie dont cette description est l'objet. Tantôt « la suggestion est d'origine médicale, soit que dans des conversations fort à la mode aujourd'hui, un médecin se soit montré un peu prodigue de détails sur quelques cas retentissants d'affections génitales, soit qu'il ait appelé trop vivement l'attention des malades sur des troubles insignifiants auxquels elles attacheront désormais une importance excessive. » D'autres fois, « la lecture de ces publications médicales plus ou moins populaires, qui mettent à la portée du public les plus émouvants détails de la pathologie achèvera leur éducation » et finira par leur donner la conviction intime qu'elles sont atteintes d'une maladie dont elles auront peu à peu, sous cette influence, tous les symptômes. Enfin, il faut encore signaler « la funeste influence de l'entourage des malades à ce point de vue : les plaintes, les inquiétudes du mari, de la mère etc., les propos inconsidérés tenus par les bonnes amies qui viennent les visiter, contribuent puissamment à entretenir et à aggraver l'épuisement nerveux chez les personnes prédisposées ». L'influence de la suggestion est indéniable ; elle est prédominante dans ces classes où la vie est considérée comme une longue suite perpétuelle d'amusements et de frivolités, où l'éducation morale a été complètement négligée et faussée, où la femme a été habituée dès sa plus tendre enfance à n'écouter que ses désirs et ses caprices. Le contrôle moral de l'esprit sur lui-même n'existe pas et la santé de cette femme est à la merci de toutes

les insinuations étrangères ou personnelles amplement provoquées par le plus léger trouble morbide. Mais cette appréciation pathogénique n'est pas absolue ; elle est passible des mêmes reproches que les théories précédentes.

La suggestion n'existe pas toujours en coïncidence avec une lésion utérine. Pour être à ce point suggestionnable il faut en outre être doué d'une impressionabilité nerveuse extrême, d'une émotivité exagérée, d'une altération des facultés morales et volontaires qui sont plutôt les premiers signes de l'asthénie psycho-morale que sa cause. En d'autres termes la suggestion n'est possible qu'en vertu d'une vulnérabilité toute spéciale des facultés psycho-morales. Cette vulnérabilité et celle des autres centres nerveux qui en sera la conséquence dépendent d'une idiosyncrasie spéciale qui explique suffisamment par elle-même la genèse de la maladie de Beard. Nous savons en quoi consiste cette idiosyncrasie : c'est une insuffisance latente de l'aptitude fonctionnelle nerveuse et une tendance des divers éléments du système nerveux à généraliser leurs troubles, à réagir les uns sur les autres dans leurs manifestations morbides. Lorsque cette idiosyncrasie préexiste, toute cause d'excitation nerveuse dans les sphères psycho-cérébrale, spinale et sympathique, pourvu qu'elle ait par sa durée ou son intensité une puissance d'action suffisante réveillera et entretiendra cette inaptitude fonctionnelle, la généralisera dans tout l'ensemble des territoires nerveux. Cette cause peut être quelquefois organique et agir au début sur les fonctions sympathiques (lésions utéro-ovariennes). Le système cérébro-spinal en subit à

son tour le contre-coup. Mais souvent, il est lui aussi intéressé directement et concurremment. C'est alors qu'entrent en scène le répercussion morale, la suggestion. Celle-ci est d'abord de nature extérieure, elle finit par devenir personnelle et inconsciente.

L'auto-suggestion pervertit les fonctions du sensorium, trouble les facultés psycho-motrices, « elle est, pour ainsi dire, l'agent fixateur de la névrose. Elle perpétue dans le sensorium les impressions venues du dehors, les renouvelle et les exagère : une fois créée, elle réagit à son tour, produisant, suivant les cas, ici, des troubles définitifs, là, des troubles moteurs ou viscéraux, toutes manifestations d'un travail psychique inconscient, indépendant de la volonté du sujet, se développant malgré lui à son insu, par le seul fait de la plus grande réceptivité de son système nerveux » (Weill). La dyspepsie gastro-intestinale, les ptoses, les congestions hépatique et génito-ovarienne, les palpitations traduisent les troubles sympathiques dans les organes où sa fonction est lésée. Les impressions morbides nées de ces viscères, les impressions vagues et confuses de douleur, de parésie, sont transmises et exagérées par la moelle.

Les centres cérébraux chargés de les percevoir, de les analyser, d'en avoir une sensation nette et localisée, sont déjà altérés dans leur fonction. Ces opérations sont viciées, dénaturées. La douleur est perçue avec exagération, localisée dans son véritable siège ou dans toute autre partie du corps, suivant l'intensité des troubles du sensorium. Elle persiste fixe, tenace, rebelle, dans le siège vrai ou faux que ce dernier lui a assigné. Il en est de même pour les

impressions générales de diminution dynamique. Transmises dans la moelle par les éléments nerveux qui président au passage des impressions motrices musculaires, elles reçoivent de ce passage médullaire, de l'altération fonctionnelle des centres psycho-moteurs, un caractère d'intensité exagérée, se localisent dans le système musculaire avec fixité et tenacité. De là ces algies, de là cette parésie musculaire dont la persistance fait le désespoir des malades. Ce désespoir contribue encore à les entretenir, en augmentant l'auto-suggestion et en aggravant les troubles des centres psycho-sensorio-moteurs. En définitive, il est bien difficile dans le complexus des troubles nerveux fonctionnels de circonscrire exactement la part qui revient à chacun, et de déterminer l'ordre de leur apparition.

La physiologie nerveuse est muette sur bien des points dont la connaissance serait indispensable à cet effet. La multiplicité des causes qui peuvent concurremment agir sur une ou plusieurs fonctions nerveuses ne saurait permettre d'assigner à chacune de leurs altérations un rang chronologique. La chose est d'autant moins possible que ces altérations se généralisent d'elles-mêmes : c'est là un des caractères primordiaux de la neurasthénie.

Évolution, pronostic.

L'évolution de la neurasthénie utérine, comme d'ailleurs celle de toutes les autres formes de la névroses est intimement liée au degré de l'idiosyncrasie qui a présidé à son développement. Celle-ci est en rapport avec l'hérédité

nerveuse ou arthritique, atavique ou acquise ; car on hérite aussi de ses antécédents personnels. En général, les femmes atteintes de la névropathie subissent une période d'excitatiou au début, à laquelle fait suite une période de dépression.

La première est de courte durée. Elle se traduit par une plus grande fréquence et une plus grande intensité de l'insomnie, des céphalées, des bourdonnements d'oreille, de l'hyperexcitabilité sensorielle sous toutes ses formes, des troubles gastro-intestinaux, des douleurs, des palpitations, des bizarreries de caractère, des caprices sans motif, des élans inconsidérés de tendresse et d'affection, des ardeurs génésiques. Mais bientôt l'éréthisme de toutes les fonctions s'atténue et disparaît.

Il fait place à une dépression générale qui dépasse de beaucoup en intensité et en durée l'excitation des premiers jours. L'affaiblissement des malades va de pair avec l'affaissement de leurs facultés cérébro-psychiques. Peu à peu leurs forces diminuent. Le moindre exercice les fatigue : elles renoncent à leurs occupations favorites, à leurs promenades habituelles, se confinent chez elles. Bientôt elles n'ont plus la force de marcher et s'étendent quelquefois pour des mois et des années sur leur lit. Le sommeil est lourd, pesant, entrecoupé de cauchemars. Le réveil est excessivement pénible et pendant toute la matinée c'est une sensation d'abattement et de lassitude extrêmes. Le moindre effort intellectuel les fatigue ; elles ne peuvent fixer leur attention sur un objet quelconque, ont peine à suivre une conversation. Elles n'ont plus la force de prendre une décision, se plaignent, souffrent de partout, tom-

bent dans le découragement et la tristesse la plus profonde et n'attendent que de la mort un remède à leurs maux.

Cette période dépressive est quelquefois définitive ; mais il s'en faut qu'elle réalise toujours cette description. On peut en observer tous les degrés, et sans qu'il y ait tendance à aggravation. Parfois l'on observe une évolution circulaire avec alternatives d'excitation et de dépression.

La marche de la névropathie est-elle toujours intimement liée à celle de la lésion utérine qui lui a donné naissance ? Disparaît-elle avec elle ? Au premier abord il semblerait qu'il doive en être ainsi ; il est rationnel d'admettre qu'un trouble secondaire qui est sous une dépendance aussi étroite de sa cause initiale soit destiné à en partager toutes les péripéties. Plusieurs de nos observations sont de nature à confirmer cette appréciation : elles montrent l'aggravation de la névrose en rapport avec celle de la lésion utérine, son atténuation dans le cas contraire, sa disparition après la guérison de l'altération génitale. Mais dans le plus grand nombre de cas on note une disproportion entre les symptômes névropathiques et les lésions utéro-ovariennes, la persistance de ceux-ci, même après la guérison de celles-là. Enfin la suprême sanction de cette indépendance n'est-elle pas toute dans cette considération que l'ablation de ces organes qui supprime à jamais cette cause d'irritation nerveuse est fréquemment suivie de l'apparition de la névrose ? Il s'en faut donc de beaucoup qu'il y ait un parallélisme étroit et forcé entre la marche des symptômes nerveux et celle des symptômes utérins. Boussi a déjà montré « qu'après la guérison de l'affection

utérine, la disparition de ces accidents (nerveux) n'est que momentanée ; ils reviennent la plupart du temps, ou se transforment en d'autres manifestations de même nature. » Bouveret n'est pas moins affirmatif : « Une fois que la neurasthénie s'est développée chez une femme atteinte d'une maladie de l'utérus ou de ses annexes, elle peut durer longtemps et survivre à la cause qui l'a produite. L'affection locale est guérie, elle est même oubliée depuis des années et la patiente est toujours neurasthénique ». Cette indépendance de la névrose vis-à-vis des lésions utérines n'est pas absolue. Elle est essentiellement en rapport avec la vulnérabilité du système nerveux et surtout des centres supérieurs. Si celle-ci est minime, les divers accidents nerveux évolueront surtout dans la sphère sympathique avec le moindre retentissement sur les centres cérébro-psychiques. Ils pourront s'amender ou disparaître avec la lésion utérine. Si cette vulnérabilité est très grande et affecte surtout les facultés des centres supérieurs, alors la névropathie s'installe et se développe en permanence. Elle prend pied sur ce terrain merveilleusement préparé et évolue pour son propre compte. Elle n'a plus aucun rapport avec la lésion qui lui a donné naissance. Elle sera perpétuellement entretenue par la dépression psycho-morale. La lésion n'est plus dans l'utérus : elle est dans tout le système nerveux et surtout au cerveau.

Le pronostic est essentiellement tiré des considérations précédentes : plus la vulnérabilité nerveuse est grande, plus elle affecte les centres nerveux supérieurs et plus il sera sombre. L'énergie morale, la force de caractère, lorsqu'elles existent encore, sont suffisantes à elles seules

pour enrayer bien des manifestations de la névrose, pour restreindre son domaine et paralyser son extension, pour la rendre enfin plus accessible à l'efficacité de la thérapeutique. Une femme qui peut encore dominer son effroi, qui a encore assez de présence d'esprit pour écouter les conseils des personnes autorisées et pour se rendre compte de la gravité plus apparente que réelle des troubles dont elle est l'objet, une femme qui ne perdra pas la tête, en un mot, mais s'efforcera de réagir, aidée en cette tâche par son médecin, aura beaucoup de chances pour voir tout cet effrayant appareil de supplice disparaître petit à petit. Mais c'est là l'infime exception. La plupart perdent dans ce choc leur peu d'énergie morale. Leurs préoccupations égoïstes et frivoles leur font un monde d'un rien. Elles sont abattues, frappées dans leur orgueil sexuel et féminin. L'intérêt qu'on leur témoigne, les soins attentifs et dévoués qu'on leur prodigue dissimulent encore à leurs yeux leur dégradation morale. Elles se retranchent dans le souci de leur santé comme dans la seule position inexpugnable susceptible de les rendre encore intéressantes. Dans ce but elles exagèrent leurs douleurs et leurs souffrances, recherchent les plaintes et les doléances dont elles sont l'objet. Elles finissent par se persuader que leur santé est ruinée à jamais. De chûte en chûte elles tombent dans l'indifférence, le découragement, la tristesse et la mélancolie la plus complète. C'est la porte ouverte à la morphinomanie, à l'abus de la cocaïne, de l'éther et du chloroforme. C'est la guérison encore plus aléatoire que jamais, pour ne pas dire impossible. On devra donc tenir un grand compte dans le pronostic, du ressort moral de

la névropathe et de l'influence pernicieuse de son entourage. On n'oubliera pas que la longue durée de la maladie est une condition fâcheuse pour la guérison et qu'elle peut dans ces cas aboutir à une ébauche de toutes les psychoses confirmées, qu'elle peut se compliquer d'hystérie, de goître exophtalmique, de coliques hépatiques, d'anémie et qu'elle prépare souvent le terrain à l'éclosion de la tuberculose.

Prophylaxie. Hygiène (1).

La prophylaxie d'une névrose si intimement liée aux troubles de l'appareil génital pendant sa période d'activité physiologique, depuis la puberté jusque et y compris la ménopause, doit forcément admettre dans son cadre celle des lésions de cet appareil. Boussi et Jouin ont montré que les femmes entachées d'une tare névropathique latente ou réelle, ainsi que les arthritiques, étaient plus prédisposées que les autres aux altérations génitales. Chez les femmes qui côtoient de si près la neurasthénie, étudier les conditions prophylactiques des maladies génito-ovariennes c'est aussi énumérer, pour les éviter, les mêmes causes qui peuvent engendrer cette névrose dont le principe est primitif. Les manifestations morbides d'ordre génital et d'ordre nerveux reconnaissent dans ces cas une seule et même prédisposition. Ces deux sortes d'affections sont alors con-

(1) Les grandes lignes de ce chapitre sont empruntées à Jouin. *Des différents types de métrite.*

nexes et inséparables ; les principes de leur prophylaxie sont identiques. L'enfant chez qui les antécédents héréditaires, nerveux ou arthritiques, ont créé une susceptibilité nerveuse et génitale toute spéciale devra depuis sa naissance être l'objet d'une attention et d'une hygiène toutes particulières. On ne lui permettra l'étude et les travaux de force qu'avec précaution, en surveillant de près son développement physique. Elle portera des vêtements amples, des pantalons fermés, des chaussures larges et chaudes, évitera de se servir de jarretières, qui par leur compression gênent la circulation et favorisent les stases sanguines. On écartera avec soin toutes les causes capables de l'énerver et de frapper son imagination, les veillées, les lectures émotionnelles, les corvées mondaines, dont cet âge d'ailleurs se passe aisément. Elle devra avoir un sommeil suffisant dont on lui fera prendre l'habitude dès le repas du soir.

Plus tard, on ne poussera son instruction et ses occupations intellectuelles que lentement, et en évitant tout abus. Autant que possible, on préfèrera l'abstenir de la préparation des examens et des concours qui donnent lieu à des émotions violentes et à de la surexcitation nerveuse. On ne lui imposera une instruction musicale que si elle l'accepte volontiers, mais sans en abuser et en faire pour elle un objet de supplice. Sa nourriture devra être saine, simple, suffisante ; elle n'usera que modérément et dans la plus stricte mesure, des boissons alcooliques. Son éducation, et surtout la culture de ses ressources morales, devra faire l'objet de soins et d'attentions journalières. On évitera d'imprimer à son jeune esprit des tendances religieuses

et mystiques, dont l'exagération, quelquefois si fréquente, exerce sur son imagination une influence des plus pernicieuses. On s'en tiendra à cet égard dans une juste mesure, suffisante pour qu'elle puisse trouver dans cet enseignement une ligne de conduite morale et un refuge dans les heures de détresse qui l'attendent peut-être. Aux approches de la puberté, ces précautions redoubleront. La nourriture sera plus substancielle; les ablutions fréquentes et générales. Elle vivra surtout au grand air et à la lumière. Sa mère l'initiera peu à peu aux phénomènes prochains, aux soins de propreté fréquents des organes génitaux, lui apprendra toutes les causes susceptibles d'arrêter les règles, et les précautions spéciales qu'elle devra prendre pendant cette période. Cette hygiène générale sera encore accentuée après l'apparition des premières règles. On insistera surtout sur la modération des études et des travaux intellectuels. La jeune fille évitera les fatigues de toute sorte, les émotions trop intenses, telles que les examens et concours.

Ses vêtements seront amples, pour ne pas gêner la circulation. Son corset, modérément serré, ne devra imprimer aucun refoulement aux viscères abdominaux. Elle portera des pantalons fermés pour éviter l'action du froid sur les organes génitaux et leur congestion active qui pourrait en être la conséquence. La nourriture sera simple, substantielle, plutôt végétale ; elle évitera avec soin l'usage des boissons alcooliques et des liqueurs, dont l'action répétée est souvent si funeste pour le système nerveux. Elle ne négligera pas les exercices physiques, mais sans en abuser : ils auront lieu surtout en plein air

et en pleine lumière. Elle se soumettra à une hygiène soigneuse du tube digestif. La constipation devra toujours être combattue, soit en elle-même, soit dans ses causes. L'anémie et la chlorose si fréquentes à cet âge, seront l'objet d'une attention particulière et d'un traitement énergique. Les soirées, les veilles, les dîners trop copieux, qui sont autant de causes de fatigue et d'excitation nerveuse, seront particulièrement évités.

Elle fera des ablutions fréquentes, quotidiennes des organes génitaux externes, le matin au lever avec de l'eau bouillie, légèrement aromatisée et antiseptisée, mais s'abstiendra de toute injection. Ces précautions seront redoublées pendant les époques menstruelles.

Si les règles sont difficiles et douloureuses elle ne devra pas craindre de s'aliter. Au cas contraire, elle évitera la fatigue et l'action du froid, emploiera de l'eau très chaude dans sa toilette intime, suspendra les ablutions générales et les bains. Enfin son éducation morale et psychique, le redressement de ses vices ou de ses défauts, seront l'objet de soins minutieux et constants. On devra s'attacher à en faire non pas une poupée, mais une femme douée d'assez d'énergie morale et de jugement pour savoir elle-même diriger et restreindre, s'il le faut, le développement de ses facultés affectives, mettre un terme aux écarts de son imagination ; pour pouvoir résister aux contrariétés, aux ennuis et aux désillusions de toute sorte qui peuvent un jour être le lot de son existence. On imprimera à son genre de vie des habitudes régulières et rationnelles : on cultivera en elle le sentiment et la conscience de sa responsabilité future, en l'habituant à réflé-

chir, à peser ses actes et ses paroles, à diriger sa vie non pas suivant des caprices frivoles et des goûts personnels, mais selon une ligne de conduite inspirée par le jugement, et la raison. Ses tendances égoïstes devront être combattues et réprimées, remplacées par la préoccupation, dans tous ses actes, de ne blesser et de ne choquer en rien les sentiments des personnes qui l'entourent, de respecter leur autorité et d'aller au devant de leurs désirs. Cette jeune fille dont l'existence à son printemps paraît si belle et si ensoleillée, va demain être livrée à elle même. Elle n'aura d'autre guide que les principes et les habitudes qu'on lui aura inculqués dans sa jeunesse, et si les événements douloureux de toute sorte qui peuvent frapper son existence de femme et de mère de famille, l'atteindre au plus intime de sa féminité physique et psychique ne trouvent pas en elle une barrière morale suffisante à en atténuer le choc et le contre-coup, elle en sera à la merci.

A quel âge peut-on autoriser le mariage ? Cet âge est essentiellement relatif : il dépend avant tout du complet épanouissement de la jeune fille. Si son développement physique est encore incomplet il est préférable de le déconseiller. Un mariage prématuré, et les grossesses précoces qui le suivent, imposent à des organes qui n'ont pas encore terminé leur évolution fonctionnelle et physiologique complète, un arrêt de développement, une débilité organique et nerveuse qui en feront un lieu de moindre résistance, et le point de départ de troubles généraux, facilités d'ailleurs par l'affaiblissement organique général provenant de ces grossesses. Ce développement physique est en moyenne atteint dans nos climats à 22 ans. Si la jeune

fille est atteinte d'une maladie organique du cœur,de tuberculose, de néphrite, on s'abstiendra de la marier. La cloroanémie est quelquefois améliorée par le mariage. S'il existe des traces de névropathie : légers troubles digestifs, irrégularité du sommeil, émotivité et impressionnabilité exagérées, bizarreries de caractère, caprices insolites, alternatives brusques de gaité et de tristesse, le mariage pourra être permis. Mais alors toute son innocuité dépendra du choix de l'époux qui aura la direction du ménage. Si cet homme est doué d'assez d'intelligence et de jugement pour se servir de l'affection de sa femme comme d'un levier moral puissant, capable de mettre un frein à ses caprices, à ses penchants désordonnés, de la mettre en tutelle pour ainsi dire, sans qu'elle sans doute, sous sa direction bienveillante mais ferme et de lui imprimer des habitudes régulières et judicieuses, les dangers qui peuvent troubler et altérer l'existence de la jeune femme seront réduits à leur minimum. Les mariages entre parents n'ont d'inconvénient, que lorsqu'une même diathèse existe chez les deux époux. Si les diathèses nerveuse ou arthritique prédominent, elle s'exagèrent réciproquement et simultanément. On verra se développer de toute pièce la neurasthénie à deux, sous le plus minime prétexte. On conçoit alors l'existence vraiment infernale réservée au jeune ménage, ses discordes et ses dissensions de toute sorte et les conséquences funestes d'une telle union. Dans n'importe quel cas on devra d'ailleurs rechercher l'avis d'un médecin et s'y conformer.

Il sera recommandé au mari d'être modéré et prudent pendant les premiers rapprochements sexuels. Ils ont sou-

vent pour conséquence de déterminer une vaginite traumatique, qui peut étendre son infection à l'utérus et être le point de départ des inquiétudes génito-psychiques de la jeune femme. Elle devra éviter pendant la lune de miel, les fatigues excessives et les festins prolongés, les voyages longs et fatigants, rechercher plutôt une calme solitude que des courses fréquentes et pénibles, et saura se faire respecter de son mari pendant les règles. Elle se préoccupera davantage de son hygiène génitale. Les premiers effets du mariage, sous l'influence des fatigues qu'ils occasionnent, se traduisent souvent par la suppression des règles. D'autres fois l'excitation génitale provoque des congestions utéro-ovariennes, des règles prolongées et douloureuses, de véritables ménorrhagies. Dans le premier cas la jeune femme croit au début d'une grossesse; dans le second elle met ces accidents sur le compte de la nouveauté de sa situation, et finalement ne s'inquiète de rien. Ces troubles s'aggravent, se confirment, finissent par éveiller ses inquiétudes, alors qu'il est trop tard et que l'utérus infecté est atteint d'une métrite, qui ne tardera pas à exercer ses ravages sur le système nerveux. Parfois cette aménorrhée n'est que le premier signe d'une grossesse. La jeune femme va subir dans son être physique et psychique des modifications profondes, inéluctables. Si sa santé est faible et chancelante, si la vitalité de ses fonctions nerveuses est déjà altérée, il sera préférable dans l'intérêt de sa santé future, de déconseiller les grossesses; mais dans le cas contraire elle pourra en tirer des bénéfices réels. Créée pour la maternité, elle n'atteindra l'épanouissement complet de toutes ses facultés et de son

organisme que par l'accomplissement d'une fonction pour laquelle la nature l'a parée de tous ses dons et de tous ses charmes. Néanmoins elle devra observer certaines précautions pour mener à bien l'œuvre dont elle es l'artisan. Elle évitera les courses prolongées à pied ou en voiture, les fatigues physiques, intellectuelles ou morales, les trépidations des divers genres de locomotion, souvent accusées avec raison, de provoquer le décollement placentaire de l'œuf et de causer ainsi des fausses-couches. Elle s'abstiendra des veillées, des soirées, des bals, vivra surtout au grand air, faisant un exercice physique modéré, s'occupant d'un travail simple et facile. Elle sera prudente pendant la marche et à l'occasion de chacun de ses mouvements, évitera le surmenage sous toutes ses formes, prendra un sommeil suffisant et réparateur de huit à neuf heures par nuit, portera des vêtements amples et chauds ne gênant pas la circulation, un corset large et souple, abandonnera les jarretières. Elle veillera à la régularité quotidienne des garde-robes. Les soins intimes de propreté et d'hygiène seront l'objet d'un redoublement d'attention. Il importe avant tout de prévenir et d'écarter les chances d'infection des organes génitaux, dont l'influence peut être si pernicieuse sur les suites de couches. Les ablutions, les toilettes, les bains généraux et tièdes seront fréquents. Elle prendra quotidiennement mais avec prudence des injections antiseptisées, veillera enfin avec un soin extrême à l'observance de ces préceptes hygiéniques dans son intérêt et celui de son enfant. Pendant toute cette période les rapports conjugaux seront rares, s'espaceront de plus en plus et finiront par être suspendus. Ils

sont une cause d'excitation, de congestion, d'ébranlement de l'utérus et peuvent provoquer une fausse-couche. Si cet accident apparaît, elle se livrera immédiatement aux soins d'un médecin et en observera toutes les prescriptions.

Lorsque la grossesse est conduite à terme, l'antisepsie génitale sera rigoureusement observée pendant et après l'expulsion du fœtus. L'accouchée sera maintenue au lit en évitant toute fatigue. On surveillera l'involution de l'utérus; si celle-ci est lente à se faire, on pourra utilement la stimuler par l'alaitement, l'ergot et la quinine à petites doses. En principe elle n'est complète et définitive qu'au bout de 6 semaines, mais la pratique permet de n'imposer qu'un alitement de trois semaines. La mère ne nourrira son enfant qu'autant que sa santé et ses forces ne s'y opposeront pas; son alimentation sera suffisamment abondante et réparatrice: ses fatigues excessivement limitées.

Les rapports conjugaux ne reprendront qu'après le retour de couches. La jeune femme ne devra pas oublier qu'un premier accouchement exagère les susceptibilités utérines et ses prédispositions morbides. Elle redoublera de surveillance pendant les époques, suspendra à ce moment tout travail sérieux, fuiera absolument les bals, les soirées, dont les fatigues peuvent être une cause d'aggravation de la congestion utérine. Elle mettra plus de soin encore dans ses toilettes intimes, prendra des injections quotidiennes tièdes, légèrement antiseptisées et aromatisées, dans la position couchée, évitera ces injections après les rapprochements sexuels et les suspendra pendant les époques. Les rapprochements conjugaux n'ont aucune

influence noscive sur la santé lorsqu'ils sont désirés par la femme. Mais si cet acte lui est imposé, s'il prend les caractères d'un viol, s'il est l'occasion d'une excitation plus ou moins factice et prolongée telle que le « morari in coïtu » il causera par sa répétition une surexcitation nerveuse générale, durable, bientôt suivie de dépression et des premiers signes de l'épuisement nerveux. Lorsque la femme a parcouru le cycle de son évolution sexuelle qu'elle en est arrivée au terme qu'elle est enfin dans la période de l'âge critique, elle continuera néanmoins à suivre la même hygiène et à observer les mêmes préceptes. Elle aura assez de force morale pour ne pas se consumer en vains regrets et ajouter aux phénomènes nerveux généraux de cette période l'influence dépressive de l'abattement et de la tristesse. La grandeur et les beautés du rôle qu'elle a joué, la place qu'elle occupe daus son foyer, l'affection de ses enfants, la respectueuse sympathie dont elle est l'objet de partout, seront une compensation suffisante aux dons que la nature lui a retirés. Si elle sait borner ses désirs et les élans de son âme, conformer sa nouvelle existence aux nécessités de sa situation physiologique, elle trouvera encore dans les ressources de son cœur plus d'un charme et plus d'un attrait capables d'étendre un voile sur le passé et de lui faire accepter le présent avec confiance et satisfaction.

Au cours de cette longue carrière, souvent l'affection utérine est venue se greffer plus ou moins insidieusement sur le terrain névropathique. Méconnue, elle évolue, gagne du terrain, s'étend et finit par se révéler alors, par une gêne de plus en plus croissante dans les mouvements de la région pelvienne, par des douleurs lombo-abdominales,

par une sensation de pesanteur ou de douleur dans les organes du petit bassin.

Il s'y joint de légers accès de fièvre, une exagération de l'écoulement utéro-vaginal modifié dans sa nature.

Les fonctions nutritives s'alanguissent, la digestion devient lourde, l'appétit disparaît, la constipation s'établit en permanence, le coït est douloureux, le caractère change, devient triste et mélancolique, on examine l'utérus, on découvre la lésion, mais quelquefois trop tard. Ce n'est plus seulement une utérine que l'on a à soigner c'est aussi une névropathe, une neurasthénique.

Le retentissement général de la lésion locale conseillera une intervention thérapeutique rapide et immédiate sur l'organe lésé. Quelquefois on verra sous cette seule influence les phénomènes nerveux s'atténuer et disparaître.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : la dépression morale contribue à les entretenir et à les aggraver. On évitera alors tout ce qui est de nature à exagérer l'impressionabilité nerveuse de la malade. On remontera par des conseils et des exhortations ses forces psychiques ; on démontrera à son entourage l'inutilité, la nocuité même des expressions exagérées de sympathie, de sollicitude et de tendresse qu'on lui témoigne.

On détournera son esprit de la préoccupation de ses misères ; mais il serait malvenu de lui en démontrer le peu de fondement ; tout en abondant dans son sens à cet égard on n'en agira pas moins avec un accent de conviction, propre à lui faire accepter l'inanité de ses plaintes. On devra s'ingénier à occuper ses loisirs, à l'égayer, à lui créer des distractions dont son esprit a le plus besoin. Son

séjour au lit ne sera pas indéfiniment prolongé ; il se réduira au strict nécessaire. Enfin on mettra en œuvre tous les secours de la thérapeutique ; alors même qu'ils n'aboutiraient pas a la guérison ils n'en sont pas moins de nature à empêcher une aggravation. L'intervention de cette même thérapeutique est encore indispensable lorsqu'une femme destinée à subir une opération gynécologique, présente antérieurement quelque tare nerveuse. Si l'on néglige cette précaution, souvent l'opération sera le point de départ de toute la série des symptômes neurasthéniques. Chéron a appelé l'attention des chirurgiens sur ce point particulier et a érigé la ligne de conduite à tenir alors, telle que nous l'avons indiquée, en loi générale.

Diagnostic.

Le diagnostic de la neurasthénie utérine est quelquefois très complexe : tantôt l'attention est uniquement attirée par les symptômes nerveux et la lésion génitale méconnue « Lorsque les manifestations neurasthéniques sont généralisées et intenses, il est difficile de soupçonner une lésion des organes génitaux au milieu des symptômes diffus, incohérents, que présentent les malades, d'autant plus que celles-ci, par pudeur ou par coquetterie, gardent parfois le silence sur les troubles utérins qu'elles ressentent » (Siredey). L'existence et la prédominance des troubles gastro-intestinaux, de l'entérite muco-membraneuse, peut leur faire attribuer l'origine des symptômes nerveux. Un exa-

men clinique incomplet fera constater des points douloureux épigastriques, soit spontanés, soit provoqués par la pression ; la palpation décélera l'existence d'une dilatation de l'estomac, d'une hypertrophie hépatique. Les troubles généraux énumérés par la malade, maux de tête, anorexie, ballonnement, renvois, somnolence après les repas, douleurs péri-ombilicales, météorisme intestinal, constipation, hémorrhoïdes viendront confirmer de point en point le diagnostic primitif. Si on la soumet à l'examen du chimisme stomacal, on ne manquera pas de trouver une altération des sécrétions gastriques qui ne laisseront plus aucun doute.

Parfois les ptoses viendront ajouter un nouvel élément de confusion. L'examen de la statique viscérale pratiqué sous l'influence d'une préoccupation d'esprit trop exclusive, la constatation d'un abaissement gastro-hépatique, d'un rein mobile, d'une masse abdominale flottante au gré des lois de la pesanteur et des autres signes objectifs de la splanchnoptose, la présence de ses symptômes subjectifs pourra induire en erreur et faire croire à l'existence unique de ces troubles. « Mais cette erreur ne saurait résister à un interrogatoire bien conduit et à une exploration complète de l'abdomen par le palper. Si l'on constate une sensibilité plus marquée dans la région pelvienne, soit sur la ligne médiane, soit plus souvent, à l'union des fosses iliaques avec l'hypogastre, si l'on surprend en outre sur le linge quelque tache leucorrhéique ou sanguinolente on doit faire un examen des organes génitaux. D'ailleurs dès que l'on a ramené l'attention des malades sur ce point, elles entrent volontiers dans tous les détails que comporte

la situation, et il est facile de constater dans leur récit, des exagérations qui trahissent les préoccupations hypochondriaques de la neurasthénie génitale » (Siredey).

Souvent au contraire, le caractère névropathique des troubles généraux sera méconnu. La malade attribuera elle-même tous les désordres dont elle se plaint à l'existence d'une génitopathie. Si elle s'adresse de préférence à un gynécologue, celui-ci habitué à considérer la lésion utérine comme le seul et le plus important des troubles morbides et à regarder les accidents secondaires comme des troubles réflexes et directement en rapport avec la génitopathie pourra peut-être s'en laisser imposer.

Cette appréciation erronnée contribuera à lui faire proposer l'ablation de l'utérus ou de ses annexes, si les troubles survivent à leur guérison et prennent un caractère sérieux de gravité, comme le seul remède capable d'enrayer le désastre.

Mais si l'examen clinique est complet il mettra en contradiction la nature minime et bénigne de la lésion locale, le caractère de généralisation et d'étendue des désordres nerveux, l'importance, la gravité des préoccupations hypochondriaques et des obsessions, la ténacité et la fixité des douleurs ; il rendra plus évidentes la disproportion qui existe entre l'altération utérine et les troubles névropathiques, l'indépendance de ceux ci, par rapport à celle là dans leur évolution et leur marche ; cette contradiction, cette disproportion devront faire penser que la maladie n'est pas tant à l'utérus qu'au système nerveux et surtout au cerveau.

Un examen complet et méthodique devra porter sur les points suivants :

1° Y a-t-il neurasthénie ?

2° Y a-t-il lésion génitale ?

3° La neurasthénie est-elle sous la dépendance de cette lésion, et dans quelle mesure ?

4° Quelle est la forme de la neurasthénie, son degré, le terme de son évolution et son pronostic ?

I. — *Y a-t-il neurasthénie?*

Cette névrose est une affection à caractère protéiforme, à symptômes multiples; son étendue et son domaine sont vraiment infinis. Son diagnostic différentiel ainsi que celui de ses symptômes serait une tâche aussi pénible que fastidieuse. On les trouvera d'ailleurs au grand complet et parfaitement décrits dans l'excellente monographie de Bouveret.

Il est cependant un diagnostic qu'il est intéressant de signaler, surtout dans le domaine de ses formes utérines.

On peut être quelquefois exposé à la confondre avec certaines formes frustes du mal de Pott dans ses manifestations douloureuses précoces, et réciproquement.

M. Siredey, avec sa bienveillance habituelle, nous a mis en garde contre cette confusion possible, en nous citant le cas d'une dame qui présentait les lésions d'une salpingite enkystée ancienne, coïncidant avec des névralgies lombo-abdominales, crurales et sciatiques. Cet ensemble fit croire à la recrudescence de la suppuration salpingienne. M. Siredey, à l'examen duquel cette dame fut confiée, se prononça pour l'intégrité relative de ces organes, et pour

l'existence d'une névropathie dont la nature restait à déterminer. L'événement confirma ce diagnostic. Quelques mois plus tard, l'apparition d'une tumeur rachidienne avec les autres signes concomittants démontra manifestement l'existence d'un mal de Pott, dont les névralgies antérieures ne reconnaissaient pas d'autre origine.

Souvent ces névralgies isolées en sont la première manifestation. Dans ce cas, la douleur est extrêmement intense (Siredey) « remarquable par sa continuité et sa durée, entrecoupée d'accès paroxystiques. Elle s'étend et envahit peu à peu les branches nerveuses voisines en gagnant celles du côté opposé, témoignant de la progression des lésions rachidiennes, et s'accompagnant très souvent de l'exagération des réflexes rotuliens. » Les algies neurasthéniques, au contraire, s'immobilisent dès leur apparition, sur l'organe ou la région qui en sont atteints. La douleur y est moins aiguë et paroxystique que sourde, égale, tenace et continue. Enfin, leur longue durée, l'intégrité rachidienne, l'absence de points douloureux sur les trajets nerveux, la coïncidence d'autres symptômes neurasthéniques, et surtout de la dépression cérébro-psychique, qu'on ne constate jamais au même degré dans le mal de Pott, lorsqu'elle existe, viendront lever tous les doutes.

Le diagnostic nosographique de la neurasthénie est encore intéressant à signaler : un trouble morbide local sans altération organique, n'appartenant à aucune autre névrose ou maladie connue, idiopathique, peut-il être considéré comme neurasthénique, et dans quelle mesure ?

Nous supposerons ici qu'il s'agisse d'un trouble viscéral. Est-ce de l'épuisement nerveux ? Les symptômes par

lesquels il se traduit sont d'ordre sympathique et spinal : Ils expriment lasouffrance de ce viscère par des troubles de la circulation, des sécrétions, de l'atonie neuro-musculaires, une sensation de douleur et de paresse. Ces troubles ne sont nullement pathognomiques de la neurasthénie. Ils peuvent exister dans d'autres névroses ou dans d'autres maladies générales. Chaque partie du système nerveux n'a qu'un nombre limité de moyens pour exprimer sa souffrance. Ces moyens sont toujours les mêmes et plus le rang qu'occupe l'élément nerveux est minime, moins ils sont nombreux. Ainsi caractérisée l'altération fonctionelle nerveuse ne saurait suffire à faire poser le diagnostic de neurasthénie. Mais dans les névroses et surtout dans cette dernière, la tendance des troubles nerveux à la généralisation est extrêmement accentuée. Le trouble ne reste pas longtemps local. De spino-sympathique il finit par devenir cérébral.

Or les moyens qui expriment la souffrance de la cellule cérébrale sont nombreux. Ils peuvent suffire par eux-mêmes à caractériser leur nature et leur origine. Ils imposent des modalités différentes aux moyens d'expression des souffrances cellulaires spino-sympathiques. Dans l'épuisement nerveux ils leur impriment un caractère de ténacité de fixité, de surdité ou au contraire d'acuité, de pseudo-localisation caractéristiques de cette névrose. En eux-mêmes ils se traduisent par des troubles du sensorium, des centres psycho-moteurs, de la dépression cérébrale,(insomnie, vertige, céphalée), mentale, (insuffisance des facultés intellectuelles), psychique (insuffisance des facultés volontaires, morales et affectives). Ces troubles isolés ca-

ractérisent l'épuisement nerveux local. Leur réunion est pathognomique de la neurasthénie.

Sans vouloir entrer dans tous les détails si complexes du diagnostic de la neurasthénie utérine secondaire, nous donnerons néanmoins quelques caractères différentiels des quatre symptômes cardinaux de cette dernière : dépression cérébro-mento-psychique, dyspepsie gastro-intestinale, diminution de la motricité des membres inférieurs et ptoses.

Les troubles cérébro-psychiques se distinguent des psychoses confirmées en ce que la neurasthénique a conscience du peu de fondement de sa plainte (Beard). On peut relativement l'en convaincre. Elle est accessible aux conseils et aux exhortations. Les objets de ses préoccupations sont nombreux et variés. Les souffrances qu'elle exprime ont une apparence de raison. Elle garde le sentiment et la conscience de sa personnalité, souvent exagérés. Elle ne se résigne pas à son sort, mais cherche par tous les moyens possibles à guérir de sa maladie. Elle parle de suicide sans commettre aucun crime : garde une intelligence suffisante pour s'occuper de ses affaires, assez de caractère quelquefois pour dominer ses impulsions. L'instinct de la conservation est diminué, mais non aboli. Elle peut encore adapter sa manière d'être au milieu où elle vit (Beard). On ne la verra pas faire un retour à l'animalité ou à l'enfance comme chez l'aliénée. Sa mémoire est hésitante et capricieuse, mais elle n'a pas d'absence comme dans la folie. Le caractère de ces troubles consiste en une paresse, une insuffisance apparente qui lui laisse encore la faculté de s'occuper d'une foule de choses lorsque celles-ci peuvent l'intéresser. Sous l'in-

fluence d'une vive émotion, d'un danger pressant pour elle ou pour l'un des siens, elle recouvrira pour le temps qui lui est nécessaire l'intégrité de ses facultés cérébrales, morales et affectives et de ses forces physiques comme au meilleur de ses beaux jours.

La dyspepsie gastro-intestinale neurasthénique est caractérisée par sa longue durée, sa ténacité, sa résistance aux moyens thérapeutiques, l'absence fréquente de symptômes à grand fracas, tels que nausées, vomissements, gastralgie, ses alternatives de rémissions et d'exacerbations. L'absence d'hématémèse ou de méléna, les signes négatifs de tumeur, sa longue durée, la cachexie plutôt nerveuse qu'organique dont elle s'accompagne à la fin, excluront l'idée d'une lésion organique. La coexistence des autres troubles neurasthéniques et surtout des préoccupations hypochondriaques la fera rattacher à l'épuisement nerveux.

La diminution des forces motrices est plutôt parétique que paralytique. Elle n'est souvent qu'apparente. Les réflexes ne sont pas abolis mais plutôt exagérés ; s'il s'y joint des phénomènes vésicaux et des douleurs à caractère lancinant, on écartera le diagnostic d'une lésion médullaire par l'absence des signes de Romberg, de Westphall, de Robertson, par la conservation de la sensibilité, l'intégrité des sphincters, l'absence de troubles trophiques.

Cette forme parétique et douloureuse localisée aux membres inférieurs est désignée sous le nom de pseudo-tabes. On la trouve d'après Blocq chez des personnes qui ont soigné des parents ataxiques. L'hystérie s'exclut par l'absence de zones anesthésiques, de coexistence de con-

tractures, par le caractère paraplégique et non hémiplégique ou monoplégique de cette parésie motrice. En outre les stigmates hystériques font défaut. Quand les deux névroses existent ensemble elles mèlent et confondent leurs caractères. Mais la présence des deux ordres de stigmates achèvera de mettre sur la voie du diagnostic.

LES PTOSES ABDOMINALES peuvent donner l'impression de tumeurs de l'utérus, du foie, de la rate, de l'estomac et de l'intestin. Mais elles n'offrent ni la consistance des tumeurs solides, ni la fluctuation nette des tumeurs liquides. Elles ne s'accompagnent pas des symptômes fonctionnels et généraux de celles-ci. En outre des signes objectifs qu'en a donné Glénard et ses élèves, elles donnent naissance à tout un cortège de malaises vagues, peu définis, sensations de vide, de creux, de poids, de tiraillements qui ne sont pas l'attribut ordinaire des tumenrs organiques. Si elles finissent par produire une cachexie, celle-ci est avant tout d'ordre nerveux et n'a aucun caractère des cachexies liées aux tumeurs abdominales.

II. — *Y a-t-il lésion génitale ?*

Le diagnostique différentiel des génitopathies a fait l'objet de suffisamment de travaux pour que nous nous croyons dispensé de le reproduire. On se rappellera, pourtant que la névropathie est quelquefois primitive et peut déterminer des effets secondaires sur l'appareil génito-ovarien. On ne sera pas exposé à confondre une congestion utérine, un ovaire douloureux et irritable, une ménorrhagie ou une dysménorrhée d'ordre névropathique et secondaire avec les troubles fonctionnels locaux qui traduisent la présence d'une altération organique et pri-

mitive, facilement appréciables par les moyens d'exploration dont dispose la clinique. En dehors de ces troubles on devra parfois soupçonner et rechercher la présence d'une grossesse, surtout au début.

III. *La neurasthénie est-elle sous la dépendance de cette lésion, et dans quelle mesure ?*

On devra interroger avec soin la malade sur ses antécédents personnels, relever dans son histoire pathologique toutes les causes susceptibles d'occasionner l'épuisement nerveux, avant et après la génitopathie, faire la part qui revient à chacune d'elles et attribuer une influence à la lésion génitale ou au gravidisme qu'autant que l'examen précédent reste négatif dans ses résultats. On n'oubliera pas que la vulnérabilité nerveuse commande et domine le degré de la névropathie, qu'il arrive un moment où celle-ci n'est plus subordonnée à la lésion locale qui lui a donné naissance, qu'elle devient, suivant les prédispositions individuelles, plus ou moins autonome et évolue pour son propre compte.

IV. — *Quelle est la forme de la neurasthénie, son degré, son évolution et son pronostic ?*

La forme qu'elle revêt varie chez chaque personne suivant la susceptibilité propre de chacune des parties du système nerveux. Elle est caractérisée par la prédominance des symptômes sur tel appareil ou tel organe.

L'examen complet de la malade permettra facilement de mettre en relief les symptômes prédominants, de leur donner une interprétation rationnelle sur leur nature et sur leur siège, de les grouper sous une forme clinique correspondant autant que possible à une localisation

méthodique et systématisée. Le degré de la névropathie dépend du caractère de gravité et d'intensité de l'ensemble de ces symptômes.

Le terme de son évolution est en rapport avec son ancienneté, avec son caractère d'excitation ou de dépression ; celle-ci étant d'autant plus accusée que les accidents remontent à plus longtemps.

On se basera sur toutes ces considérations pour poser un pronostic. On le fera d'autant plus sombre que l'hérédité est plus chargée, que la névrose est plus ancienne et que la dépression morale est plus accusée.

Traitement.

Le premier point du traitement de la névropathie utérine doit être une intervention thérapeutique sur la lésion génitale. Souvent la guérison de celle-ci sera suivie d'une amélioration notable et durable de l'état nerveux quand il est récent et peu accusé. Dans le plus grand nombre de cas il suffira de soins locaux bénins, avant tout hygiéniques et antiseptiques, de quelques cautérisations ou pansements utérins, d'applications locales d'électricité pour rendre aux organes génitaux leur intégrité primitive. D'autres fois il s'agira d'un vice acquis de forme et de position ; l'application d'un pessaire, leur redressement graduel par le massage ou dans les cas les plus rebelles une intervention chirurgicale plastique, inoffensive, leur rendront leur tonicité, leur forme et leur position normale.

On verra alors les symptômes de la névropathie rétrograder peu à peu, s'atténuer et disparaître définitivement Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi : on rencontre parfois des cas où la lésion est ancienne et a imprimé à ces organes une atonie telle que tous les traitements échouent ; chez ces femmes la névrose est de vieille date : les symptômes sont portés au maximum, les douleurs et les souffrances sont permanentes, tenaces, fixes, rebelles à tous les traitements ; elles paraissent avoir leur maximum d'intensité dans les sphères génitales. Cette coïncidence est de nature à en faire placer le siège et la cause dans ces organes. La persistance de la lésion locale confirme cette manière de voir qui s'implante dans l'esprit de la malade et finit par devenir une conviction. Peu à peu en effet, sous l'influence de l'auto-suggestion, les douleurs augmentent d'intensité, finissent par se localiser nettement en quelque point de la région ovarienne ou de l'utérus. Au moindre attouchement, au moindre frôlement, elles prennent le caractère de véritables crises paroxystiques. Les préoccupations hypocondriaques qu'elles déterminent, l'influence néfaste qui en résulte sur la nutrition générale, l'alanguissement de toutes les fonctions achèvent de réduire a son strict minimum la vitalité nerveuse utéro-ovarienne.

L'influence réciproque de la lésion locale et de la névropathie crée un cercle vicieux, funeste pour la malade et quelquefois pour son médecin. Ce dernier n'est que trop porté à considérer l'altération génitale comme la cause unique et essentielle de tous les troubles nerveux.

La longue persistance de cette dernière, sa résistance

aux moyens thérapeutiques dirigés contre elle, les pseudo-rapports de cause à effet avec les troubles généraux, finissent par lui faire considérer l'ablation de l'utérus et des annexes comme le seul remède radical contre un tel état de choses.

La malade qui ne sait plus à quel saint se vouer accepte l'intervention comme sa seule planche de salut. Elle se fait opérer. Les diverses péripéties de l'opération, avec toutes leurs influences déprimantes, achèvent de porter au comble les troubles névropathiques. Les ptoses se reproduisent et s'exagèrent.

Les préoccupations hypochondriaques et l'auto-suggestion persistent. Leur objet seul est changé. Si la castration utéro-ovarienne est complète, la malade se sachant privée de ses organes génitaux n'a plus aucun motif de suggestion capable de leur faire rapporter la cause de ses souffrances et de ses douleurs.

Mais l'habitude psychique qu'elle avait prise de cette localisation ne disparaît pas tout de suite. Elle continue encore pendant quelque temps à ressentir des douleurs vagues, atténuées, indécises dans les régions pelviennes. Ces douleurs finissent par disparaître au bout de quelques mois, pour se reproduire ailleurs avec les mêmes caractères qu'auparavant ; souvent elles restent localisées dans les régions urinaires, à cause du voisinage génital de ces dernières. Si la castration n'a pas été totale et a laissé subsister un ovaire ou l'utérus, l'opération n'amène aucun changement. L'ovaire ou l'utérus qu'avaient épargné auparavant les algies, finissent par y succomber. De guerre lasse une nouvelle intervention est proposée et acceptée.

La castration est cette fois totale, porte un coup de plus à la dépression nerveuse et n'aboutit qu'à modifier le siège des algies en les aggravant. La question si complexe de l'intervention chirurgicale dans les névroses liées aux génitopathies a fait l'objet de bien des discussions et a été très diversement appréciée. Pour Scramm de Dresde, l'opération peut être curative quand la névrose est liée aux processus menstruels. Hégar admet la castration ovarienne lorsque l'affection de l'ovaire est susceptible d'engendrer un état grave avec hypochondrie. Schrœder ne l'accepte que lorsque les ovaires sont malades. Landau désire qu'on ait recours à la castration lorsque tous les autres moyens sont restés inefficaces.

En Amérique, Battey prétend ne jamais pratiquer l'ablation d'ovaires et de trompes sains pour obtenir la guérison des troubles nerveux. Emmet de New-York combat cette opération qui, selon lui, n'a sa raison d'être que dans l'absence congénitale du vagin ou de l'utérus. Gaillard Thomas reconnaît l'efficacité de la castration dans les troubles nerveux ou psychiques liés à la menstruation, mais il fait des réserves sur sa trop grande fréquence.

En Angleterre, Playfair affirme que l'intervention dans les cas de névroses est une mauvaise opération ; il ajoute « que si l'état nerveux se complique de lésions avérées des annexes, il faut d'abord traiter systématiquement l'état nerveux dans l'espoir d'éviter la castration » (Pozzi). Spencer Wells adopte comme principe que « l'intervention n'est justifiée que, lorsque les accidents ont résisté à tous les moyens thérapeutiques et que la vie ou la raison sont en danger. » Marion Sims considère que dans

les cas de troubles nerveux l'ablation des ovaires s'impose.

En France, Lutaud admet l'opération comme une ressource suprême, alors que tous les autres moyens ont échoué. Terrier la considère comme indiquée dans les cas où les troubles nerveux rendent la vie impossible à la malade. MM. Péan, Pozzi, Nicaise, Lucas-Championnière, Périer et Polaillon, se rangent au même avis (1). M. le prof. Tarnier critique la précipitation dont cette opération est l'objet. M. Heydenreich déconseille l'intervention chirurgicale. MM. Gross et Bernheim font jouer le principal rôle dans les cas de guérison relative post-opératoire à la simple inflence de la suggestion.

M. V. Parisot n'admet pas qu'une opération chirurgicale puisse guérir un état général nerveux. MM. Bouilly, Bazy, Jacobs, Terrillon, Doleris ne sont guère partisans de l'intervention radicale comme agent thérapeutique des névroses. M. Richelot ne partage pas cet avis et M. Segond ne l'exclut pas totalement dans certains cas.

M.Chéron et M. le prof. Debove ont montré que parfois, elle pouvait être suivie de l'apparition ou de la recrudescence des troubles névropathiques.

Quoi qu'il en soit, on devra se rappeler, comme l'a dit Mathieu « que la névropathie dérive d'une façon d'être particulière de toute la substance nerveuse » qu'elle est primitive et latente en son principe, que son éclosion est quelquefois préparée de longue date par une foule de circons-

(1) MEURISSE, *Syndrome utérin et manifestations nerveuses*. Thése de Paris 1895.

tances qui n'attirent pas l'attention et passent inaperçues, et qu'au milieu de toutes ces causes apparentes ou dissimulées, les troubles génitaux ne jouent souvent le premier rôle, au moins en apparence, qu'à cause de l'impression démoralisante et de l'influence auto-suggestive qu'ils exercent sur l'esprit de la malade. Cette influence auto-suggestive détermine dans ces organes des localisations algiques souvent considérées comme causes.

La cachexie nerveuse qui se développe concuremment, imprime à l'appareil génital une atonie telle qu'elle le rend rebelle à tous les moyens thérapeutiques et en prolonge indéfiniment l'altération.

Il y a là un cercle vicieux qui peut en imposer et faire croire à l'influence unique et essentielle de la génitopathie alors qu'au contraire, l'influence morbide de la névropathie est prédominante, même lorsqu'elle est secondaire. A plus forte raison, devra-t-on se garder d'intervenir lorsque la névrose est primitive, lorsque les altérations génitales sont sous sa dépendance directe et unique, bien que parfois, par l'éclat de leurs symptômes, elles masquent les autres troubles nerveux.

Lorsque les malades réclament avec insistance une intervention qu'elles considèrent comme leur suprême recours pour obtenir la guérison définitive ; lorsqu'on a tout essayé en vain pour guérir la lésion locale ; lorsqu'on est persuadé que cette opération se défend par la supression des tortures morales ou physiques qu'elle peut amener, par son influence même suggestive, sur l'amélioration de l'état nerveux, à ces divers titres, on sera autorisé à la pratiquer, mais dans les cas extrêmes et lorsqu'elle se jus-

tific par des lésions palpables. On n'oubliera pas, suivant le précepte de Chéron, de la faire précéder d'un traitement général névropatique, et en particulier, de celui des ptoses. On évitera toutes les causes capables d'en aggraver son influence déprimante, telle qu'une longue attente, un séjour prolongé au lit, un usage immodéré des injections de morphine, etc.

On soumettra la malade le plus vite possible après, à un traitement névropathique spécial suivant le cas, et tel que nous allons l'indiquer dans ses grandes lignes.

Dans la grande majorité des cas, il ne saurait être question d'un traitement obstétrical pour la neurasthénie puerpérale qui ne met en danger ni les jours de la mère, ni les jours de l'enfant. Mais, quand l'intolérance gastrique devient absolue et prend le caractère de vomissements incoercibles si elle résiste à la thérapeutique médicale préalable, elle sera justiciable d'une intervention obstétricale dans les limites et les conditions déterminées à cet effet par les auteurs classiques.

Le traitement médical de la neurasthénie est presque aussi varié et aussi riche que la névrose elle-même en ses diverses manifestations. Il est exposé avec tous les détails qu'il comporte dans le mémoire de Bouveret. Nous nous contenterons d'en citer les applications qui intéressent la forme utérine et le parti qu'on peut en tirer. La variété de cette thérapeutique indique d'ailleurs que la cure spécifique de la névrose n'existe encore pas. Tantôt l'on cherche à modifier le terrain, tantôt on vise plus spécialement un symptôme, parfois on se contente exclusivement de relever la débilité nerveuse. Il n'existe aucune ligne de

conduite unique et précise à cet égard et l'on ne saurait instituer en méthode générale, l'ensemble des formes thérapeutiques de la névrose. Cet ensemble comprend des traitements hygiéniques, généraux, locaux, pharmaceutiques et systématisés.

L'HYGIÈNE diffère peu dans ses préceptes essentiels de celle que nous avons indiquée au chapitre de la prophylaxie. Elle consistera dans la pratique d'un exercice physique modéré, limité aux forces de la malade, sous la forme qui lui sera la plus agréable. Cet exercice sera gradué et progressera par entraînement. Il sera surtout indiqué dans toutes les formes de cérébrasthénie.

Le repos convient davantage lorsque la myélasthénie s'accompagne de faiblesse des membres inférieurs, ou dans les formes graves de dyspepsie avec cachexie.

Les distractions variées et répétées, les déplacements, lorsqu'ils sont possibles, devront être l'objet d'une prudence toute spéciale sous peine d'être une cause de fatigue et de surmenage. Celle-ci sous quelque forme qu'elle se présente devra être absolument proscrite et combattue dans ses origines. D'ailleurs les voyages sont plutôt nuisibles pour ces formes asthéniques et atoniques qui caractérisent la neurasthénie des utérines. Lorsque leurs forces le leur permettronton leur prescrira, de préférence au climat maritime, un séjour dans les montagnes, dont l'atmosphère sédative et tonique relève les fonctions des viscères et de la nutrition. Les stations minérales devront être l'objet d'un choix judicieux. Elles seront utiles dans les cas de neurasthénie légère et moyenne (Grasset) au début des accidents. Les stations de Lamalou, de Ragatz, d'Uriage et

de Luchon s'adresseront de préférence aux variétés arthritiques de la névropathie, celles de Salis de Béarn et Balaruc aux variétés lymphatiques et scrofuleuses. On prescrira Néris dans les formes où l'excitation domine, Vichy et Vals dans les cas d'atonie gastro-intestinale. On choisira de préférence celles dont le climat est doux et tempéré, peu sujet aux changements brusques de tempénature.

Les agents de la thérapeutique générale sont l'hydrothérapie, l'électricité, le massage et la suggestion. **L'hydrothérapie** est une arme à double tranchant. Appliquée à tort et à travers, elle peut aggraver la névrose. Bien maniée, elle donne des résultats excellents et durables. Glatz a donné de son emploi les règles suivantes :

1° « Avant de tonifier par l'hydrothérapie, il faut avoir préalablement calmé l'éréthisme nerveux.

2° « On ne peut obtenir les effets toniques de la douche, que si la malade offre une certaine résistance.

3° « N'appliquer l'eau froide que sur un corps dont la chaleur aura été préalablement augmentée par une promenade à l'air libre, ou par une douche chaude, ou par un bain, soit d'air chaud, soit de vapeur.

4° « Les applications hydrothérapiques pour être toniques doivent être courtes, froides, et à percussion énergique ». Les femmes affaiblies, à dépression psychique condérable, se trouveront bien de l'hydrothérapie froide en douches.

Celles au contraire qui présentent des phénomènes d'excitation retireront un bénéfice notable des douches tièdes, des bains tièdes et prolongées, et plus tard de l'enveloppe-

ment au drap mouillé, des demi bains graduellement refroidis.

L'électricité est un agent thérapeutique d'une très grande valeur, mais elle ne doit pas être employée indifféremment dans tout espèce de cas.

La faradisation a des effets toniques et stimulants, régularise la circulation, les processus d'excrétion et de secrétion, accroît la force musculaire par l'exercice passif qu'elle imprime aux muscles. Elle convient donc surtout dans les formes amyosthéniques. La galvanisation a un effet sédatif et tonique ; sédatif pour le courant descendant, tonique pour le courant ascendant. Le premier décongestionne les organes nerveux, il trouve son indication dans les cas d'hypéremie ; le second augmente l'afflux sanguin dans ces mêmes organes (moelle, cerveau). On y aura recours dans les états anémiques. La franklinisation à des effets généraux remarquables. Elle augmente très légèrement la température, active l'élimination urinaire de l'urée et des phosphates, accroît les échanges respiratoires. Elle sera simple ou avec souffle céphalique, pour combattre l'excitation (céphalée, irritation spinale), accompagnée d'étincelles sur les muscles ou le rachis suivant qu'il s'agit de relever la force musculaire ou de tonifier les organes nerveux centraux.

Les applications de l'électricité ne seront ni trop longues, ni trop fortes, ni trop fréquentes, mais progressives et graduées sur l'état de la malade et le bénéfice qu'elle en retire.

Le massage a des résultats généraux et des indications analogues à celles de l'électricité. Il agit sur les nerfs sen-

sitifs, moteurs et vaso-moteurs, relève la nutrition générale et l'atonie organique. On l'emploiera surtout dans les formes amyosthéniques s'accompagnant d'atonie et de ptoses viscérales. Il sera général ou partiel suivant les localisations atoniques.

La suggestion peut aussi exercer une influence très favorable sur le cours et la marche des accidents névropathiques. Il s'agit non pas de la suggestion hypnotique plus nuisible qu'utile et à laquelle d'ailleurs les neurasthéniques sont peu accessibles, mais de la suggestion à l'état de veille. Elle consistera en conseils et en exhortations de toute sorte, donnés avec bienveillance et conviction ou s'il le faut, sous une forme autoritaire, propre à frapper l'esprit de la malade.

Quelquefois les accidents locaux prédominent et imposent un traitement spécial suivant leur siège. Il en est souvent ainsi quand l'un des symptômes cardinaux de la névropathie utérine acquiert une intensité particulière. Dans les formes **gastro-intestinales** on se préoccupera avant tout d'imposer à la malade un régime alimentaire sévère, en rapport avec les troubles du chimisme stomacal. La nourriture sera mixte, substancielle et de digestion facile. L'usage des graisses, des boissons alcooliques devra être modéré. L'atonie sera combattue par le massage, l'électricité et l'hydrothérapie en applications locales. Les troubles du chimisme stomacal feront prescrire suivant les formes, soit les acides. soit les alcalins, soit les eupeptiques (pepsine, papaïne, pancréatine). Dans les cas de dilatation avec fermentations secondaires, les lavages de l'estomac donneront des résultats très importants. La

constipation sera combattue par l'emploi modéré et judicieux des purgatifs, de préférence les cathartiques, par l'usage des lavements autant que possible simples, ou dans les cas rebelles, électriques. Le massage de l'abdomen suivant la direction du côlon, contribuera à rendre à ces organes leur tonicité primitive. Le même traitement suffira le plus souvent à atténuer et à faire disparaître l'entérite muco-membraneuse.

Le traitement de l'**entéroptose** consiste, suivant Glénard, à éviter la constriction de la taille par le corset, à relever la tension abdominale par le port d'une ceinture hypogastrique, à lutter contre l'entérosténose par des laxatifs fréquents, à tonifier les organes digestifs par un régime substantiel et de digestion facile, par l'usage des alcalins, de l'hydrothérapie, du massage, par une hygiène physique et psychique. D'après Chéron, le massage de l'abdomen dans la position renversée (membres inférieurs fléchis à 45° sur le bassin) fait plus obtenir en une seule séance qu'avec 10 autres faites dans le décubitus simple. « Il ramène en un temps très court les viscères à leur situation normale ; les éléments de suspension se reposent et tendent à regagner leur autonomie ; le massage produit le retour du réflexe stomacal et celui des autres viscères, active la circulation et les sécrétions du système glandulaire en les ramenant à leur composition normale. L'utérus traité de la sorte chez des femmes qui n'ont pas encore atteint la ménopause et dont la viscéroptose est de moyenne intensité, se relève et récupère l'autonomie de ses ligaments suspenseurs, ce qui rend le pessaire et le port de la ceinture inutiles » (Chéron). Les séances devront être

courtes en général, de 3 à 10 minutes, et autant que possible quotidiennes (1).

L'asthénie psycho-cérébrale sera traitée surtout par la suggestion, l'hygiène, l'électricité et l'hydrothérapie. **L'atonie musculaire** des membres inférieurs est justiciable des mêmes moyens.

Le traitement pharmaceutique de la névropathie utérine devra autant que possible être réduit au strict minimum, à moins d'indications spéciales. **Les transfusions nerveuses** suivant la méthode de Constantin Paul, les injections de suc ovarique inspirées par une théorie récente ont parfois des résultats appréciables et ont fourni à leurs partisans des arguments en faveur de leur rôle physiologique. Mais il est incontestable que la suggestion joue quelquefois le plus grand rôle dans ces guérisons apparentes. Il n'est pas démontré d'ailleurs qu'elles agissent par la nature spéciale de leur substance médicamenteuse.

Chéron (2) a démontré que toute injection de sérum artificiel commun, même minime, augmente la tension artérielle, le nombre des hématies et le taux de l'hémoglobine presque instantanément. Ces résultats sont durables après quelques injections. Le nombre des globules rouges serait encore accru, d'après cet auteur, par les frictions sèches, par la douche chaude ou froide, l'étincelle statique, le pinceau faradique, le courant continu et le massage. On devra donc, jusqu'à plus ample informé, faire des réserves sur la spécificité du rôle des injections organiques.

(1) Consulter pour la technique *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* de 1893. (Chéron).

(2) Communication faite par Chéron au Congrès de Bordeaux de 1895.

Les médicaments pharmaceutiques ont, chez les neurasthéniques, une action éphémère et passagère. Il se crée une accoutumance rapide alors que d'autres fois, au contraire, l'intolérance est absolue. On rencontre à cet égard, les susceptibilités les plus variées. On devra agir prudemment, à petites doses, tâter le terrain, modifier ou suspendre fréquemment l'usage du médicament. Les tétanisants seront quelquefois utiles pour relever la tonicité musculaire et organique. On devra craindre, chez les excitées, une action irritante sur les centres réflexes médullaires.

L'usage du quinquina sera contre-indiqué dans les formes dyspeptiques. Les ferrugineux, et les arsenicaux seront parfois utiles chez les femmes dont la névropathie se double d'anémie. On devra surveiller leur action sur le tube digestif. Les sédatifs et hypnotiques, tels que l'opium, les bromures, le chloral ou le sulfonal, seront particulièrement évités. Leur action dépressive vient s'ajouter à l'asthénie nerveuse. On ne les emploiera qu'à la dernière extrémité, et en surveillant leurs effets avec une attention toute particulière.

Il existe enfin des TRAITEMENTS SYSTÉMATISÉS où les divers détails thérapeutiques sont érigés en règle générale. Ce sont les traitements proposés par Weir-Mitchell et Vigouroux. Le premier est bien connu tant par son originalité que par les applications spéciales et les résultats qu'il donne alors. Nous rappelons pour mémoire qu'il repose sur l'emploi simultané de l'isolement absolu, du repos complet, du massage, de l'électricité et d'un régime diététique

spécial combiné en vue d'une augmentation rapide des éléments adipeux et sanguins.

Il s'adresse surtout à cette forme de neurasthénie qualifiée par Weir Mitchell de féminine, qui semble au point de vue physique être l'attribut du tempérament scrofulo-lymphatique.

Vigouroux qui fait de la neurasthénie une névrose exclusivement arthritique en a formulé en conséquence une thérapeutique toute pathogénique. Elle consiste dans ses éléments essentiels en une alimentation réduite et proportionnée aux besoins réels, dans l'usage des alcalins subordonné aux degrés de l'acidité, dans la franklinisation méthodique et l'exclusion de tout autre médicament.

Cette formule aura son plein effet quand la névropathie sera manifestement sous la dépendance des états morbides groupés par M. le professeur Bouchard sous le nom de « maladies par ralentissement de la nutrition ».

En réalité il ne saurait y avoir une seule formule de traitement pour une névrose si riche en ses manifestations, si variée dans ses parentés morbides. La thérapeutique devra être individuelle et circonstanciée à tous les éléments étiologiques ou pathogéniques dont la névropathie est le résultat final. Elle sera moins une science qu'un art, dont les ressources s'inspireront de toutes ces considérations.

CONCLUSIONS

I. La neurasthénie en tant qu'épuisement nerveux durable est une entité morbide, dont les stigmates donnés par Charcot sont l'expression la plus pure et la plus parfaite. A côté de ce type il existe toute une série d'états neurasthéniques dont la forme et l'évolution sont liées à leurs originiques pathogéniques et à leurs localisations systématiques.

II. La neurasthénie est produite par deux facteurs : une idiosyncrasie spéciale et primitive des fonctions nerveuses et une cause occasionnelle. Celle-ci suivant sa nature et son siège peut s'exercer dans les sphères sympathiques ou cérébro-spinales.

III. L'appareil génital interne féminin au cours de son évolution peut, dans ses fonctions ou dans sa texture, présenter des altérations qui seront des causes occasionnelles de la neurasthénie. Ces altérations sont les suivantes : lésions de l'utérus, de la trompe ou de l'ovaire, troubles de la menstruation, grossesses et accouchements pénibles, suite de couches pathologiques, accidents de la ménopause. Interventions opératoires.

IV. Le degré de gravité du facteur génital, en tant qu'agent pathogénique, est en raison inverse de l'idiosyncrasie nerveuse primitive.

IV. Les principaux symptômes de la neurasthénie utérine secondaire sont : la dépression cérébro-psychique, les troubles gastro-intestinaux, l'entéroptose et l'asthénie motrice des membres inférieurs.

V. Il existe des formes mixtes caractérisées par la localisation des accidents neurasthéniques secondaires sur l'appareil génital : elles y donnent lieu à des troubles de la sensibilité, de la circulation, de la motricité et de la statique.

VI. L'évolution et le pronostic de la neurasthénie utérine secondaire sont liés au degré de l'idiosyncrasie nerveuse primitive.

VII. Son traitement doit être avant tout médical et le plus rarement possible chirurgical.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARAN. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.

ANGEL. Uber vaso-motriche Neurasthénie *Arch. fur psych.* 1878.

ARDNT. Die neurasthénie. Wien Leipzig, 1885.

AXENFELD et HUCHARD. Traité des névroses.

AUVARD. Traité de gynécologie.

BARNES (ROBERT). Traité de clinique des maladies des femmes.

BLOCQ. Neurasthénie. *Gaz. des hôpitaux*, 1891.

— Neurasthénie et Neurasthéniques. *Gaz. des hôp.*, avril 1891. Nouveaux faits de topoalgie. *Revue de clinique et thérapeutique*, 1892. Études sur les maladies nerveuses. Sur un syndrome caractérisé par la topoalgie. *Gazette hebdomadaire*, n° 22 et 23, 1891.

BECHTEREFF. Classification dans la psychiatrie (en russe) Kasan, 1891.

BOUCHUT. Nervosisme.

BROCHIN. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article « nerveux ».

BOUSSI. Étude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines, Thèse de Paris, 1880.

BENTEJAC. De quelques phénomènes nerveux observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen, thèse de Paris, 1888.

BENNETT. Traité pratique de l'inflammation de l'utérus du col et de ses annexes.

BECQUEREL. Traité clinique des maladies de l'utérus.

Bouveret. La neurasthénie.

Barié. Étude sur la ménopause, thèse de Paris, 1877.

Brierre de Boismont. *Annales médico-psychologiques.* p. 581.

Baudouin. De l'hystéropexie, Thèse de Paris, 1890.

Bataille. Traumatisme et névropathie, Thèse de Paris, 1887.

Boissier. Neurasthénie et mélancolie dépressive, Thèse de Paris, 1894.

Blanc-Champagnac. Influence des troubles gastriques sur la neurasthénie, Thèse de Paris, 1890.

Bouchard. *Société médicale des hôpitaux*, 1884. Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, 1887.

Beau. Traité de la dyspepsie. Nervosisme aigu.

Bernutz et Goupil. Maladies des femmes.

Barbaud-Lefèvre. La puberté chez la femme.

Berry Hart et Barbour . Manuel de gynécologie.

Berthier. Névroses menstruelles, 1874.

Ballet. Traité de médecine. Article « psychoses. »

Beard. Neurasthénie, 1880. Neurasthénie sexuelle.

Bouchut. Du nervosisme, 1860.

Courty. Maladies de l'utérus.

Churchill. Maladies des femmes.

Cerise. Des fonctions et des maladies nerveuses considérées dans leurs rapports avec l'éducation, 1842.

Cunning. Maladies des femmes.

Cullerre. Nervosisme et névroses.

Clausse. Contribution à l'étude de la Neurasthénie, Thèse de Paris, 1891.

Charcot. Leçons du mardi 1887-1889. Polycliniques 1888-1889.

Canu. Résultats thérapeutiques de la castration chez la femme. Conséquences sociales de cette opération. Thèse Paris, 1896.

Chéron. Lésions fonctionnelles ou de texture que les affections utérines peuvent faire subir aux divers appareils de l'éco-

nomie 1878. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes 1894*-1895.

Deny et Schouppe. Communication à la Société de Biologie, séance du 26 avril 1890.

Déjerine. Hérédité dans les maladies nerveuses.

Desplanels. De l'ovarite Thèse de Paris, 1886.

Demarquay. Traité clinique des maladies de l'utérus.

Doléris et Pichevin. *La pratique Gynécologique.*

Dupuy. Des métrorrhagies essentielles ou idiopathiques. Thèse de Paris 1892.

Dunal. Etudes médico-chirurgicales sur les déviations utérines.

Debove. *Société medicale des Hôpitaux.* 1893.

Ducroux. Rapports de la maladie de Beard avec les maladies infectieuses. Thèse de Paris 1895.

Emmet Pratique des maladies des femmes.

Engelmann. Hystéro-névroses. Trad. Franc. de Fauquez. 1880.

Mlle. Filemonow. L'Etat anotomo-pathologique des ovaires dans les névroses. *Annales de gynécologie* tome XXXVII.

Fremineau. Déplacements utérins.

Fauvet. Du traitement de la Neurasthénie par l'isolement. Thèse Paris, 1897

Féré. La famille névropathique. *Archives de neurologie* Volume VII. De la toxicité des urines chez les épileptiques. Société de Biologie Séance du 26 avril 1890.

Froidefond. Contribution à l'étude de quelques hémorrhagies névropathiques. Thèse de Paris 1878.

Fourcauld. Etude sur les troubles nerveux consécutifs aux affections diverses de l'appareil utéro-ovarien. *Annales de Gynécologie* octobre 1879 tome XII.

Fleury. (de) Pathogénie de l'épuisement nerveux. *Revue neurologique* 1897.

GRENSER. Névrose respiratoire liée à une affection utérine. *Société de gynécologie.* Dresde 1873.

GALLARD. Maladies des femmes.

GRASSET. Leçons sur la neurasthénie. Montpellier 1890-91.

GLENARD. *Lyon médical* 1885. A propos d'un cas de Neurasthénie gastrique, Paris 1887. Traitement de l'entéroptose (*Lyon médical* 1887). Revue générale sur la neurasthénie et l'entéropose (*Revue de médecine*), janvier 1871.

GRENIER. Localisations dans les maladies nerveuses. Thèse de Paris 1886.

GUÉRIN. Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme.

GUILBERT. Traité des métrites.

GLATZ. Dyspepsie nerveuse.

GILLES DE LA TOURETTE. *Semaine médicale*, janvier 1887. — Les États neurasthéniques, Paris, 1898 (*actualités médicales*).

HUGUES. Note on the essentiel psychic Ligus of général fruct Neurasthenia the alien 1884.

HUCHARD. Neurasthénie (*Union médicale* 1882). Neurasthénies locales (*Archives générales de médecine* 1892. *Société médicale des hôpitaux*, 1893).

HAMMOND. Maladies du système nerveux.

JAYLE. Effets physiologiques de la castration chez la femme.

JOUIN. Des différents types de métrite.

JACOBS. *Polyclinique de Bruxelles* 1894.

KRISHABER. De la névropathie cérébro-cardiaque.

MLLE KACHPEROW. Contribution à l'étude de la neurasthénie. Thèse de Paris 1897.

KRAFFT-EBING. Uber neurasthénia et Psychiatrie. Trad. Franc. Laurent 1897. Maladies mentales.

LASÈGUE. Mélancolie perplexe. *Etudes médicales.*

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Leçons sur les troubles reflexes après les

opérations sur l'utérus et ses annexes. *Bulletin médicale* 1888.

LABADIE-LAGRAVE. Diagnostic et traitement des salpingites. *Annales de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1890.
Diagnostic et traitement médical des salpingites, *Semaine médicale* 1895.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. Traité de gynécologie.

LANDAU. Les salpingites. *Gazette de gynécologie*, 1894.

LEVIS. Troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux. Thèse Paris, 1897.

LEVILLAIN. Neurasthénie. Essais de neurologie clinique. La neurasthénie au point de vue médico-légal. *Annales d'hygiène publique*, 1891.

LAWSON-TAIT. Maladies des femmes.

LUTAUD. Maladies des femmes.

LUTON. Dictionnaire Jaccoud. Art. Névroses.

LEMOINE. Pathogénie et traitement de la neurasthénie, *Annales médico-psychologiques*, 1888.

LAFOSSE. Céphalée neurasthénique, Thèse de Paris, 1887.

LEVEN. Système nerveux et maladies. La névrose.

MAGNAN. Leçons de Sainte-Anne, 1882-83. Recherches sur les centres nerveux. Leçons orales 1re et 2e série.

MOREL. Traité des dégénérescences, 1857.

MERLIER. Neurasthénie d'origine syphilitique, Thèse de Paris 1895.

MEIGE. Névropathes voyageurs. Thèse de Paris, 1893.

MATHIEU. Neurasthénie. *Société médicale des hôpitaux* 1893, pg. 842.

MARTINEAU. Affections de l'utérus.

MEURISSE. Syndrome utérin et manifestations hystériques. Thèse de Paris, 1895.

MAGNIO. De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux. Thèse de Paris, 1886.

MARTIN (Noël). Des accidents reflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire. Thèse de Paris, 1888.

MARTIN. Traité clinique des maladies des femmes. Traduit de l'allemand par Varnier-Weiss.

MORDRET. De l'évolution clinique des salpingo-ovarites. *Gaz. des hôpitaux*, 1890.

MAROTTE. De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées pouvant simuler les affections idiopathiques de l'utérus ou de ses annexes (*Arch. méd.* 1860).

MAIRET ET BOSC. Recherches expérimentales sur la toxicité des urines pathologiques. Association française pour l'avancement des sciences. Section de Marseille 1891. Section des sciences médicales. Séance du 21 septembre. Compte rendu *semaine médicale*, 1891.

MULLER. Hand Buch der Neurasthénie. Leipzig, 1893.

MARTIN Albert. Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérins par la laparotomie pour tubo-ovarites. Thèse de Paris, 1893.

NONAT. Traité pratique des maladies de l'utérus, 1860.

NORSTRÔM. Massage de l'utérus, 1889.

OALINEAU. Des névroses spasmodiques.

OULMONT. Thérapeutique des névroses.

PAUCHET. Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus. Résultats éloignés et comparés, Thèse de Paris, 1896.

PINESSE. Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie, Thèse de Paris, 1894.

PAUL (Constantin). Du traitement de la neurasthénie par les transfusions nerveuses.

PITRES. *Progrès médical*, 1890.

PLAYFAIR. *The Lancet*, 1881-1891.

PICHEVIN. Des abus de la castration chez la femme.

POZZI. Traité de gynécologie.

PITERS. Neurasthénie. *Echo médical de Toulouse*, 1889.

PATRICOPOULO. Neurasthénie traumatique, Thèse de Paris 1894.

PROUST et BALLET. Hygiène du neurasthénique.

POTAIN. Leçon sur la constipation. *Semaine médicale*, 1889.

RÉGIS. Les neurasthéniques psychiques. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1891.

RICHELO. Des résultats éloignés de l'ablation des annexes, 1891.

SCHULE. Traité de clinique mentale, traduction Dagonet et Duhamel.

SPENCER WELLS. Oophorectomie dans les maladies nerveuses, traduction Labusquière.

SANCIER. Essai sur le traitement médical des salpingites. Thèse de Paris 1893.

SIREDEY (F.). Névralgies lombo-abdominales persistant après la guérison des lésions utérines. *Journal de médecine et de chirurgie pratique* 1875.

SIREDEY (A.). Neurasthénie utérine. *Journal de médecine et de chirurgie pratique* 1897.

SANDRAS. Traité pratique des maladies nerveuses.

SINETY (A.). Traité de gynécologie.

TISSIER. De la castration de la femme en chirurgie. Thèse de Lyon 1885.

THIROUX. Contribution à l'étude de la Neurasthénie. Thèse de Paris 1892.

THOMAS. Maladies des femmes.

TRASTOUR. Les déséquilibrées du ventre 1889.

TAGUET, De l'influence de la menstruation sur le système nerveux, Thèse de Paris 1873

VOISIN (Jules). Note sur la toxicité des urines chez les épilep-

tiques, avant, pendant et après les accès paroxystiques. *Soc. médic. des hôpitaux*. Séance du 24 Juin 1892.

Vilain. Essai sur les névralgies à distance dans les affections utérines.

Véné. Etudes sur les délires post-opératoires. Thèse de Paris 1891.

Vallin. Des paralysies symptomatiques de l'utérus et de ses annexes. Thèse de Paris 1858.

Velpeau. Maladies de l'utérus. Discussions académiques.

Vigouroux. Neurasthénie et arthitisme.

Vaucaire. La femme et son hygiène.

Villemin. Art. Constipation. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*

Vulpian. Leçons sur l'appareil vaso-moteur.

Veuillot. La Neurasthénie et les états neurasthéniformes, Thèse de Paris 1896.

Whytt. Traité des maladies nerveuses hypochondriaques et hystériques.

Weill. Neurasthénies locales, thèse de Nancy 1892.

Weir-Mitchell. Note sur le traitement de la neurasthénie.

Weill et Dubois. De la toxicité des urines des aliénés. Compte rendu, congrès de médecine mentale tenu à Lyon. Séance du 7 août 1891. *Semaine médicale* 1891.

Ziemsenn. Leçons cliniques sur la Neurasthénie.

